

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
LYNE BORDELEAU

EFFET DU PROCESSUS DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
SUR LA RÉOLUTION DES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES
EN CLINIQUE DE PÉDOPSYCHIATRIE : UNE RECHERCHE-ACTION

MAI 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Cette thèse a été dirigée par :

Jeannette LeBlanc, Ph. D. Université de Sherbrooke

Jury d'évaluation de la thèse :

Fabienne Lagueux, Ph. D. Université de Sherbrooke

Claud Bisailon, Ph. D. Université de Sherbrooke

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règles institutionnelles pour les mémoires et thèses par articles de l'Université de Sherbrooke et dans le règlement facultaire des études de 2e et 3e cycle de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Les articles ont été rédigés selon les normes éditoriales des revues pour lesquelles ils ont été soumis. Le lecteur est invité à consulter l'appendice A pour obtenir de plus amples informations sur le statut de publication ainsi que les normes éditoriales particulières des articles. Le nom de la directrice de recherche apparaît comme co-auteure des articles soumis pour publication.

Sommaire

De 14 à 25 % des jeunes canadiens souffrent de problèmes de santé mentale majeurs. Ces problèmes ont des impacts négatifs dans les différentes sphères de leur vie et entraînent des conséquences à long terme lorsqu'ils persistent à l'âge adulte. Il s'avère donc important d'intervenir rapidement et efficacement auprès de ces jeunes. A cet effet, un travail colossal a été réalisé au Québec depuis le début des années 2000 pour renforcer les services offerts en première ligne. Ces transformations ont eu des conséquences positives sur l'accessibilité des soins en clinique de pédopsychiatrie mais ont aussi contribué à l'alourdissement de la clientèle qui y est référée. Les jeunes traités par les professionnels de ces cliniques présentent maintenant des problématiques complexes nécessitant des expertises multiples rendant la présence d'impasses thérapeutiques possible en cours de traitement. Une pratique de collaboration interprofessionnelle efficace peut aider les professionnels à utiliser les connaissances et les expertises de chacun afin de structurer leurs interventions autour d'un but commun centré sur les besoins du patient, tenir compte de leur interdépendance dans la recherche de solutions et permettre ainsi la résolution de ces impasses. L'introduction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle comme moyen permettant d'offrir de meilleurs soins aux jeunes souffrant de maladie mentale devient alors particulièrement intéressante à explorer pour gérer les impasses thérapeutiques. La présente thèse s'inscrit dans cette perspective et propose une contribution en deux articles.

Le premier article, de nature conceptuelle, s'adresse aux gestionnaires et aux professionnels en milieu de travail. Cet article se veut une recension des écrits sur la possibilité qu'une intervention ciblant les indicateurs de la collaboration interprofessionnelle puisse aider à dénouer les impasses thérapeutiques rencontrées par les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie. L'article présente d'abord une description de l'impasse thérapeutique en clinique de pédopsychiatrie. Il examine ensuite de façon plus générale ce que disent les recherches sur la collaboration interprofessionnelle et ses effets sur la prestation des services en santé mentale. Le modèle de structuration du processus de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez et Pineault (2008) y est brièvement décrit. Enfin, en extrayant les indicateurs de ce modèle, l'article tente d'explorer comment la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle pourrait avoir une incidence sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Le second article, de nature empirique, s'adresse aussi aux gestionnaires, aux professionnels en milieu de travail mais également à la communauté scientifique. Il rapporte les résultats d'une recherche-action participative ayant pour objectif de comprendre comment des professionnels travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils peuvent améliorer la résolution des impasses thérapeutiques en réfléchissant sur cette pratique de

collaboration interprofessionnelle. Plus spécifiquement, il répond à trois questions de recherche : 1) Quels sont les indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle pouvant être identifiés lors de discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique? 2) Quels sont les indicateurs qui favorisent ou qui font obstacles à la collaboration interprofessionnelle lors d'une discussion impliquant une impasse thérapeutique? 3) Quel impact a la mise en évidence de ces indicateurs sur la résolution des impasses thérapeutiques pendant le déroulement de la recherche? Un traitement qualitatif à partir du procédé d'analyse thématique des données recueillies a permis d'identifier huit indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle regroupés selon trois thèmes : 1) l'engagement, 2) les interactions et 3) le contexte de pratique. Certains de ces indicateurs favorisent le travail de collaboration interprofessionnelle tandis que d'autres y font obstacle. La mise en évidence des indicateurs, pendant le déroulement de la recherche, a eu un impact positif sur le processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques. Ces résultats apportent un appui empirique aux plus récentes recherches sur la collaboration interprofessionnelle permettant de soutenir les initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins offerts en clinique de pédopsychiatrie et mettent de l'avant l'utilisation des forces du groupe comme moyen pouvant favoriser la résolution des impasses thérapeutiques.

Mots clés : collaboration interprofessionnelle, impasse thérapeutique, pédopsychiatrie, recherche-action.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Chapitre I - La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature	24
Chapitre de transition	47
Chapitre II – La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : recherche-action participative	64
Conclusion	92
Références	105
Appendice A. Statut de publication et normes éditoriales des articles	118
Appendice B. Approbation du projet de recherche par le comité d'éthique du milieu hospitalier	131
Appendice C. Déroulement de la recherche-action participative	136
Appendice D. Grille d'observation pour les réunions cliniques	139
Appendice E. Grille de réflexion pour les retours sur les « incidents critiques »	141
Appendice F. Grille de réflexion pour l'entrevue de groupe	143
Appendice G. Document remis aux participants lors de l'entrevue de groupe	145

Appendice H. Schéma représentatif des thèmes et des indicateurs de collaboration interprofessionnelle identifiés et impact de la mise en évidence des indicateurs sur l'équipe	150
Appendice I. Formulaire de consentement éclairé	152
Appendice J. Lettre d'attestation	159

Liste des figures

Figure

- 1 Modèle théorique de collaboration interprofessionnelle de D'Amour
et al. (2008) traduit par la chercheuse18
- 2 Schéma représentatif des thèmes et des indicateurs de collaboration
interprofessionnelle identifiés et impact de la mise en évidence des indicateurs
sur l'équipe98

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice de thèse Jeannette LeBlanc pour m'avoir accompagnée dans toutes les étapes de ce projet de recherche. Sans toi, la réalisation de cette thèse n'aurait pas été possible. Merci pour ta grande disponibilité, ta rigueur et ta générosité lors de nos échanges et dans la relecture de mes écrits. Tu m'as permis de pousser jusqu'au bout mes réflexions et d'explorer des domaines que je connaissais peu qui m'ont enrichie personnellement et professionnellement. Merci également à Fabienne Lagueux et Claud Bisaillon d'avoir accepté d'évaluer cette thèse.

Mes remerciements également à l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée dans mon cheminement doctoral. J'ai débuté ce programme d'études ébranlée professionnellement. Grâce à vous, j'en ressors plus forte et confiante. Un merci particulier à André Jacques, Alain Mercier et Conrad Lecomte qui ont accompagné ma réflexion et donné du sens à mon expérience.

Je ne pourrais passer sous silence le soutien de mes collègues de la cohorte 31, avec une pensée particulière pour Carole Gagnon, Lyne Sarrazin, Nicole Longchamps, Ani Boneva et Henry Mosquera, complices de nombreux moments. Le temps passé ensemble a contribué à rendre cette expérience encore plus enrichissante. Ce fut un réel plaisir de vous côtoyer. Je vous remercie de m'avoir accompagnée dans cette étape de ma vie et de continuer à le faire.

J'aimerais également remercier les professionnels qui ont participé à la recherche sans qui, cette thèse n'aurait pu voir le jour. Merci pour votre temps si précieux et votre généreuse implication. Merci également à la conseillère en pratiques professionnelles qui m'a ouvert les portes de l'établissement.

Finalement, merci à mes parents, mes amies et mes enfants pour votre soutien et vos encouragements constants lors de la réalisation de cette thèse. Et, un merci particulier à mon amoureux Claude. Depuis plus de trente ans, tu m'accompagnes dans chacun des projets qui me passent par la tête sans jamais les remettre en question. Merci de ta présence et de ta patience.

À vous tous qui m'avez entendu dire, à plusieurs reprises, « quand je vais enfin avoir du temps... ». Ce moment est arrivé et je suis impatiente de le partager avec vous.

Introduction

Cette thèse s'intéresse à l'effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. Le processus de collaboration interprofessionnelle est exploré ici à l'aide du modèle théorique développé par D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez et Pineault (2008).

L'idée de cette thèse émerge de l'expérience professionnelle de la chercheuse, praticienne depuis vingt-sept ans, dont sept années passées en clinique de pédopsychiatrie. Ces nombreuses années de pratique ont permis à la praticienne de vivre l'expérience de collaboration interprofessionnelle au sein de différentes équipes de travail. Elles lui ont aussi permis d'observer divers processus de collaboration interprofessionnelle, dont certains plus problématiques, lesquels ont eu des impacts négatifs sur les résultats des interventions professionnelles. Ces observations ont suscité des questionnements éthiques qui sont centraux dans la motivation à réaliser cette étude.

Les interventions en clinique de pédopsychiatrie qui visent à venir en aide aux enfants et aux adolescents impliquent inévitablement plusieurs personnes (membres de l'équipe d'intervention, membres de la famille, personnels du milieu scolaire et des services de garde, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires des

établissements) (Brochu, 1996). Dans un tel contexte, la collaboration interprofessionnelle pour l'organisation des soins offerts à ces jeunes prend beaucoup d'importance (Manion, 2010). Étonnamment, si plusieurs chercheurs se sont intéressés à la collaboration interprofessionnelle chez les intervenants offrant les soins dans les services de première ligne (Duclos, Lebeau, & Guay, 2013; Gocan, Laplante, & Woodend, 2014; Morgan, Pullon, & McKinlay, 2015) et chez les partenaires des réseaux locaux (Fleury & Grenier, 2012; Fuller et al., 2011b; Nadeau et al., 2012), très peu se sont préoccupés de la collaboration interprofessionnelle chez les intervenants travaillant en clinique de pédopsychiatrie (Odegard & Strype, 2009; Sylva, Bath, Beer, Minami, & Engel, 2007). Pourtant, les cliniques de pédopsychiatrie représentent des lieux propices et judicieux à l'étude de la collaboration interprofessionnelle pour les raisons suivantes : elles se composent systématiquement d'équipes multidisciplinaires, elles sont des milieux où l'intervention interpelle toujours plusieurs professionnels et il est reconnu qu'un bon fonctionnement du processus de collaboration interprofessionnelle est essentiel pour offrir des soins de santé de qualité (Odegard, 2007). Il semble donc essentiel de mieux comprendre ce qui caractérise le travail d'équipe en pédopsychiatrie et d'examiner s'il est possible d'en améliorer le fonctionnement.

Les défis entourant l'objet de cette recherche sont exposés dans les paragraphes ci-après et concernent les thèmes suivants : l'état de la situation en santé mentale jeunesse au Canada et au Québec, les mesures prises au Québec pour répondre à cet état de situation, la description des services offerts en cliniques de pédopsychiatrie, la définition

des concepts *impasse thérapeutique* et *collaboration interprofessionnelle* ainsi qu'une brève présentation du modèle du processus de collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour et al. (2008). La structure et les objectifs de la présente thèse sont ensuite présentés.

La santé mentale des jeunes au Canada et au Québec

Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye et Rohde (2015) affirment que les troubles mentaux touchent un nombre important d'enfants et d'adolescents dans le monde entier, soit une prévalence de 13,4 %. Des recherches épidémiologiques réalisées au Canada suggèrent que de 14 à 25 % des enfants et des adolescents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale majeurs (Manion, 2010). Selon, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2016), les taux d'admissions en raison de troubles mentaux, tant aux services des urgences qu'en établissements hospitaliers, ont augmenté de 50 % chez les enfants et de 42 % chez les adolescents entre les années 2007-2008 et 2014-2015. L'ICIS rapporte également qu'un jeune sur 12 a reçu en 2014-2015 une médication pour traiter les troubles anxieux, les troubles de l'humeur ou les troubles psychotiques.

Plus près de nous, une enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2013) révèle que 28 % des filles et 14 % des garçons relatent un niveau élevé de détresse psychologique. Parmi ces jeunes, environ 9 % rapportent une anxiété confirmée par un médecin, 4,9 % affirment avoir obtenu un diagnostic de dépression, et 1,8 % mentionnent des troubles alimentaires confirmés par

un médecin ou un spécialiste de la santé. Au total, 15 % des filles et 9 % des garçons disent avoir déjà connu au moins un problème d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire (ISQ). De plus, selon les données de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), plus de 5000 Québécois, âgés entre 12 à 18 ans, ont reçu une ordonnance d'antipsychotiques au cours de l'année 2015, comparé à 2800 en 2005 (Cousineau, 2016). Quatre-vingt une (81) hospitalisations pour tentative de suicide chez des enfants âgés de 6 à 12 ans ont été enregistrées au Québec de 1999 à 2004 et 29 enfants québécois, âgés de 8 à 12 ans, se sont enlevés la vie entre 1995 à 2001 comparativement à 34 entre 2007 et 2012 (Bouchard & Bussières, 2015).

En 2012, Fleury et Grenier soulignent l'existence de recherches longitudinales démontrant l'importance d'intervenir tôt et intensivement auprès des jeunes ayant un trouble mental. Selon ces recherches, les troubles mentaux, qu'ils soient modérés ou graves, affecteraient l'ensemble des différentes sphères de la vie de l'individu en réduisant ses champs d'activité et sa capacité d'agir. Ils auraient également des impacts importants sur la vie familiale et sur la santé et le bien-être des autres membres de la famille. Enfin, ces chercheurs mettent en évidence la présence de liens entre les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte.

Les changements en santé mentale jeunesse au Québec

Des mesures ont été prises au Québec dans le cadre du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 afin d'améliorer l'accès et la continuité des services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005). Les principales dispositions mises en place ont été de développer les services de première ligne et d'introduire la notion des soins axés sur la collaboration. En renforçant les services offerts par les partenaires qui interviennent auprès des enfants (milieu scolaire, CLSC, clinique médicale, CPE), le MSSS s'assure, dès l'année 2005, que les services de deuxième ligne (pédopsychiatrie) et de troisième ligne (clinique spécialisée) deviennent plus disponibles pour offrir des traitements aux jeunes qui en ont besoin. En introduisant la notion de soins axés sur la collaboration, qui consistent principalement à favoriser le travail de collaboration en facilitant l'échange de connaissances et de compétences entre les divers intervenants et partenaires, le MSSS a pour objectif de permettre aux jeunes qui consultent de recevoir le bon service au bon moment.

Les mesures proposées par le PASM 2015-2020 rappellent l'importance d'intervenir précocement auprès des jeunes, de favoriser le dépistage rapide des problématiques et de consolider les orientations prises dans le cadre du PASM 2005-2010 dont le renforcement des services de première ligne et le développement d'une pratique de collaboration entre les intervenants et entre les partenaires des réseaux locaux (MSSS, 2015).

Les services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale jeunesse

Au Québec, les services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale pour les jeunes sont offerts par les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie. Ces professionnels sont issus de plusieurs disciplines : éducation spécialisée, ergothérapie, neuropsychologie, orthophonie, orthopédagogie, psychoéducation, psychologie, psychiatrie, soins infirmiers, travail social et thérapie conjugale et familiale.

Les cliniques de pédopsychiatrie offrent des services spécialisés aux jeunes de 0 à 17 ans présentant des problèmes de santé mentale qui ne peuvent être traités par les professionnels de la première ligne. L'organisation des services et la constitution des équipes peuvent différer d'une clinique à l'autre. Les cliniques prennent la forme d'unité d'hospitalisation, d'hôpital de jour ou de clinique externe. Les problèmes de santé mentale qui y sont traités se situent sur un large spectre : troubles neurodéveloppementaux, psychotiques, de l'humeur, anxieux, alimentaires, de la conduite, de l'attachement et de la personnalité. Les cliniques de pédopsychiatrie doivent assurer une réponse rapide et efficace aux demandes qui leur sont adressées, travailler en concertation avec les professionnels qui réfèrent les jeunes et les autres partenaires du réseau local, mettre à profit leur expertise multidisciplinaire et mettre l'accent sur l'évaluation et l'intervention de courte durée en visant un retour rapide du jeune vers les services de première ligne.

Les professionnels qui offrent les services dans les cliniques de pédopsychiatrie doivent tenir compte des divers collaborateurs qui y seront associés à différents moments de l'intervention (patient, parents, intervenants scolaires, personnel du centre de réadaptation, de la garderie, du CLSC, collègues de la clinique, gestionnaires des différents établissements). Leur travail implique donc de créer et de maintenir des collaborations avec les différents partenaires du milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent ainsi qu'avec ceux associés aux ressources externes qui offriront les services à la fin de l'intervention (Brochu, 1996; Zugaj, Gotheil, Delpech, Jung, & Delmas, 2016). Le partage des interventions avec des collaborateurs de diverses disciplines et de divers milieux interpelle les professionnels dans leurs propres jugements et leurs propres valeurs (Mark, 1998). Ce partage, qui les oblige à tenir compte d'individus et de milieux ayant des cultures, des règles de fonctionnement et des rythmes différents, est à même de susciter des réactions chez ces intervenants qui peuvent avoir des conséquences sur le travail de collaboration avec les différents acteurs impliqués et sur l'orientation des interventions (Nadeau et al., 2012). Enfin, les interactions avec les enfants, les adolescents et leurs familles présentent un risque élevé de faire vivre aux intervenants des sentiments discordants qui, lorsqu'ils sont méconnus, peuvent considérablement influencer le jugement clinique et leur comportement de façon potentiellement contre-thérapeutique (Rasic, 2010).

Les transformations majeures entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois depuis le début des années 2000 ont amené des modifications

structurelles, organisationnelles et cliniques importantes pour l'ensemble des acteurs associés dans le système de soins (gestionnaires, personnel et partenaires) (Lecomte, 2010). Ces transformations ont eu pour conséquence que les jeunes qui présentent des problématiques pouvant être traités rapidement et avec un minimum d'interventions sont maintenant orientés vers les services de première ligne. Les jeunes actuellement référés en pédopsychiatrie présentent davantage de comorbidité psychiatrique et de troubles qui nécessitent des interventions d'une plus grande intensité (MSSS, 2010). De plus, malgré que le PASM de 2005-2010 ait encouragé le développement des soins axés sur la collaboration entre les professionnels et entre les institutions, l'implantation d'une culture de collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle demeure difficile à réaliser; les professionnels et les institutions ont encore tendance à travailler en vase clos (Fleury & Grenier, 2012). Ces manques dans la continuité des soins ne facilitent aucunement la prise en charge des jeunes par l'ensemble des professionnels et des partenaires qui gravitent autour de cette clientèle (Rousseau et al., 2014).

Il va sans dire que les particularités du travail en clinique de pédopsychiatrie influencent aussi les modalités d'intervention des professionnels. Parmi ces particularités, Fleury et Grenier (2012) soulignent, dans leur rapport sur l'état de situation sur la santé mentale au Québec, les caractéristiques des jeunes qui consultent en clinique de pédopsychiatrie :

- Ces jeunes sont des personnes dont le développement n'est pas terminé. La pose du diagnostic exige donc que soient privilégiées des expertises multiples (biopsychosociales).
- Plus de 50 % des enfants et adolescents atteints d'un trouble mental en Amérique du Nord ont d'autres troubles mentaux associés. Cette comorbidité psychiatrique complexifie les tâches d'évaluation et de traitement des intervenants.
- Cette clientèle a davantage tendance à abandonner son traitement parce qu'elle croit que les troubles mentaux se guérissent d'eux-mêmes et qu'elle craint d'être stigmatisée.
- Cette clientèle dépend aussi beaucoup plus de l'engagement de leurs parents pour recevoir des soins comparativement aux personnes des autres groupes d'âge.

Les spécificités du travail en clinique de pédopsychiatrie, qu'elles émergent de la nécessité du travail de collaboration entre collègues et partenaires des réseaux locaux, des impacts des transformations réalisées dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois, ou encore des caractéristiques de la clientèle qui y reçoit des soins, peuvent être considérées comme des sources incontournables d'impasses thérapeutiques.

L'impasse thérapeutique

Qu'est-ce qu'on entend par impasse thérapeutique ? Dans le domaine de la santé physique, Lecomte (2010) évoque quelques définitions pour décrire ce qu'est une impasse thérapeutique : « une situation sans issue favorable », « la situation des malades

atteints d'une pathologie grave sans possibilité de traitement » ou « lorsque tous les traitements envisageables de sa maladie se sont révélés inefficaces ». Toujours en santé physique, Blackall et Simms (2002) la définissent comme étant la persistance des symptômes chez le patient, accompagnée d'une détérioration importante de la relation entre lui et le personnel soignant.

Dans le domaine de la santé mentale, Bergeron (2010) distingue la notion de crise de celle d'impasse thérapeutique en thérapie. Elle décrit la crise comme une situation qui peut être dénouée à partir de solutions déjà connues par le thérapeute et l'impasse thérapeutique comme une situation où les solutions ne sont pas connues par le thérapeute. Dans l'impasse thérapeutique, les solutions doivent être réinventées. Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson et Rhodes (1996) définissent l'impasse thérapeutique comme un blocage qui met fin aux progrès possibles menant à la conclusion de la thérapie. Selon ces derniers, les impasses sont généralement accompagnées de sentiments de colère, de déception et d'échec ainsi que d'une attitude défensive chez le patient et le thérapeute. Toujours en santé mentale, Rober (1999) définit l'impasse thérapeutique comme une conversation qui se rigidifie et dans laquelle le thérapeute et le patient se sentent coincés. Dans l'impasse thérapeutique, selon Rober, il n'y a plus d'espace dans la conversation thérapeutique pour la liberté et la flexibilité qui sont nécessaires au bon fonctionnement du processus de thérapie; le thérapeute n'arrive plus à choisir parmi ses interventions habituelles (poser des questions, écouter de façon empathique, donner des conseils, offrir du soutien, recadrer, confronter, etc.) celles qui

faciliteraient l'exploration de la problématique. L'attitude du thérapeute se traduit davantage par un retrait émotionnel. Enfin, Bessette (2010) donne des exemples concrets des formes que peuvent prendre les impasses thérapeutiques en santé mentale : abandon prématuré du processus par le patient ou abandon par le thérapeute, fin de thérapie hostile et blessante pour les deux parties, longues thérapies sans progrès significatif chez le patient, plafonnement des progrès bien en deçà du potentiel du patient, traumatisme infligé au patient par le thérapeute et détresse psychologique chez le thérapeute.

La définition de l'impasse thérapeutique retenue dans le cadre de cette thèse pour expliquer les situations problématiques rencontrées en clinique de pédopsychiatrie est celle de Rober (1999) : une conversation thérapeutique qui se fige, dans laquelle le thérapeute et le patient se sentent coincés, où il n'y a plus des espaces de liberté et de flexibilité nécessaires au bon fonctionnement du processus de thérapie, où le thérapeute n'arrive plus à choisir parmi ses interventions habituelles celles qui pourraient faire évoluer le processus thérapeutique et où l'attitude du thérapeute se traduit par un retrait émotionnel. Cette définition rejoint les expériences observées par la chercheuse chez les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. En effet, dans ces cliniques, les professionnels sont exposés inmanquablement à des situations d'impasse lors de leurs échanges qui ont des conséquences sur le processus thérapeutique. Ces situations s'observent lorsque les professionnelles ont des compréhensions difficilement conciliables de la problématique vécue par le jeune, des orientations différentes quant aux interventions ou des

perceptions différentes quant à la fin du suivi. Ces situations amènent les professionnels à vivre des sentiments d'impuissance, de colère, de déception et d'échec qui peuvent se traduire par un retrait quant à leur implication dans la participation au traitement ou à la vie de l'équipe. La définition de Rober ouvre donc la possibilité d'identifier ces impasses thérapeutiques et d'utiliser la collaboration interprofessionnelle pour les explorer, les résoudre et ainsi améliorer la qualité des services offerts aux jeunes qui consultent en clinique de pédopsychiatrie.

La collaboration interprofessionnelle

Depuis une vingtaine d'années, les politiques de santé dans la plupart des pays occidentaux appellent à une prestation plus efficace des services dans le but d'assurer des soins accessibles, continus et complets (D'Amour et al., 2008). Le travail en interdépendance des professionnels rend nécessaire une plus grande collaboration dans les équipes de soins. Dans cette optique, ces politiques incitent les institutions qui offrent les services en santé à intensifier les formes d'organisation de soins mettant de l'avant la collaboration interprofessionnelle (Huxham & Vangen, 2000).

La compréhension du concept de la collaboration interprofessionnelle demeure toutefois peu consensuelle autant chez les étudiants que les professionnels de la santé et son implantation est difficile. Broers, Poth et Medves (2009) ont sollicité plus de 200 étudiants de différentes disciplines (médecine, soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie) d'une université canadienne pour connaître leur compréhension de la

collaboration interprofessionnelle. Les étudiants étaient invités à compléter un sondage en ligne dans lequel ils devaient répondre à la question suivante : « Comment définissez-vous la collaboration interprofessionnelle? ». Si cette recherche a permis de souligner cinq grands thèmes associés à la collaboration interprofessionnelle (différentes professions travaillant ensemble, comme une équipe, vers un objectif commun, en utilisant les compétences et expertises des autres professions); elle a aussi mise de l'avant certaines différences dans leur compréhension. En effet, certains thèmes sont soulevés plus fréquemment par les représentants d'une seule des disciplines : 1) les étudiants en médecine mentionnent l'existence d'un rôle hiérarchique dans l'équipe, 2) les étudiants en soins infirmiers insistent sur la notion de respect pour la contribution professionnelle individuelle, 3) les étudiants en physiothérapie évoquent la possibilité d'une collaboration « virtuelle » lorsque les intervenants ne travaillent pas dans le même lieu au même moment. Sur le terrain, Murray et al. (2008), en utilisant une méthode de recherche mixte (qualitative et quantitative), ont réalisé une enquête pancanadienne auprès de 60 professionnels de la santé des secteurs privé et public (médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues) afin d'investiguer leur compréhension et leurs attitudes vis-à-vis les structures et pratiques existantes ainsi que les défis à relever pour une collaboration interprofessionnelle réelle et coordonnée. Les données ont été recueillies à partir d'entrevues de groupe et de questionnaires complétés individuellement par les participants. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de compréhension claire et constante de ce que signifie une pratique collaborative et que son implantation sur le terrain demeure difficile. Dans une étude auprès des

gestionnaires de 157 CLSC du Québec, Sicotte, D'Amour et Moreault (2002) ont mesuré le niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des principaux programmes offerts. Trois cent quarante-trois questionnaires ont été complétés et analysés à travers l'analyse factorielle et la régression multiple; les résultats témoignent d'un niveau de collaboration modeste en CLSC. Des résultats similaires sont obtenus à partir de l'analyse narrative de dix-huit entrevues réalisées auprès d'infirmières praticiennes et de médecins de famille travaillant en pratique collaborative dans quatre cliniques en milieu rural en Ontario (Bailey, Jones, & Way, 2006). Enfin, Suter et al. (2009) arrivent aux mêmes conclusions après avoir réalisées des entrevues individuelles et de groupe auprès d'une soixantaine de professionnels de la santé et de gestionnaires travaillant dans sept sites de soins de santé en Alberta.

Malgré que les professionnels et les gestionnaires reconnaissent depuis longtemps la valeur de la collaboration interprofessionnelle autant pour les patients que pour les intervenants, la compréhension du concept et l'implantation d'une pratique de collaboration interprofessionnelle dans le milieu de la santé ne sont pas acquises.

Comment expliquer ces difficultés? Une recension des écrits réalisée par D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu (2005)¹, visant à identifier les modèles théoriques permettant de comprendre la collaboration interprofessionnelle,

¹ Les données ont été recueillies à partir des bases de données Medline, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycINFO et ABI / INFORM Global (ProQuest pour la période 1990 – 2003. Les résumés de 588 articles ont été présélectionnés lors d'un premier tri. 27 articles, dont le sujet principal était la collaboration dans le domaine de la santé, ont finalement été retenus en fonction de leur qualité méthodologique.

démontre qu'il en existe peu et que le terme *collaboration interprofessionnelle* est utilisé pour décrire des phénomènes différents. Ces chercheurs constatent que certains modèles théoriques mettent l'accent sur les aspects structurels de la collaboration alors que d'autres décrivent la collaboration interprofessionnelle comme un processus de collaboration. Reeves et al. (2011) réalisent également une recension des écrits², cette fois pour clarifier les concepts d'éducation interprofessionnelle et de collaboration interprofessionnelle; ils constatent que le terme *collaboration interprofessionnelle* est couramment utilisé pour définir un résultat plutôt qu'une intervention. Enfin, Perreault et Careau (2012) soulignent que le terme collaboration interprofessionnelle fait référence à un grand nombre de réalités dans la littérature : il décrit autant des actions telles que la simple référence entre professionnels ayant une pratique indépendante parallèle que le processus qui se produit dans un groupe de professionnels d'une équipe partageant des buts communs. Ces auteurs notent aussi une utilisation apparemment aléatoire des termes *collaboration interprofessionnel* et *collaboration interdisciplinaire* dans la littérature. L'absence de rigueur dans l'utilisation des termes crée une confusion conceptuelle supplémentaire selon ces derniers puisqu'elle ne permet pas de savoir si les termes décrivent ou non une même réalité.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons retenu la définition de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins de santé de D'Amour (1997), soit le

² Les données ont été recueillies dans un premier temps à partir d'une base de données issue de deux revues de la documentation réalisées précédemment (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth, 2005; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007). Les auteurs ont ensuite mené une recherche dans la base de données Medline. 104 études ont été retenues pour analyse.

processus par lequel des professionnels interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients. Il va sans dire que cette forme d'organisation de services exige que l'on comprenne la façon dont le groupe de professionnels construit son action, le contexte dans lequel se construit cette action collective et l'interaction entre ces deux dimensions (D'Amour, Sicotte, & Levy, 1999).

Le modèle de D'Amour et al. (2008)

D'Amour (1997) a développé, dans le cadre de sa thèse de doctorat, un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle permettant d'en comprendre le processus. Ce modèle a été mis à l'épreuve dans différents contextes du milieu de la santé (Beaulieu, 2006; D'Amour et al., 1999; D'Amour, 2003; MSSS, 2010). D'Amour et al. (2008) retiennent du modèle quatre dimensions générales auxquelles sont associées dix indicateurs. Deux des dimensions concernent les relations entre les individus et deux impliquent le cadre institutionnel pouvant influencer l'action collective.

La figure 1 illustre les quatre dimensions du modèle de collaboration interprofessionnelle et les dix indicateurs associés à ces dimensions. Les flèches indiquent les interrelations entre les quatre dimensions et comment elles s'influencent mutuellement. Les dimensions concernant les relations entre les individus sont « objectif et vision commune » et « internalisation ». Les dimensions référant au cadre institutionnel sont « gouvernance » et « formalisation ».

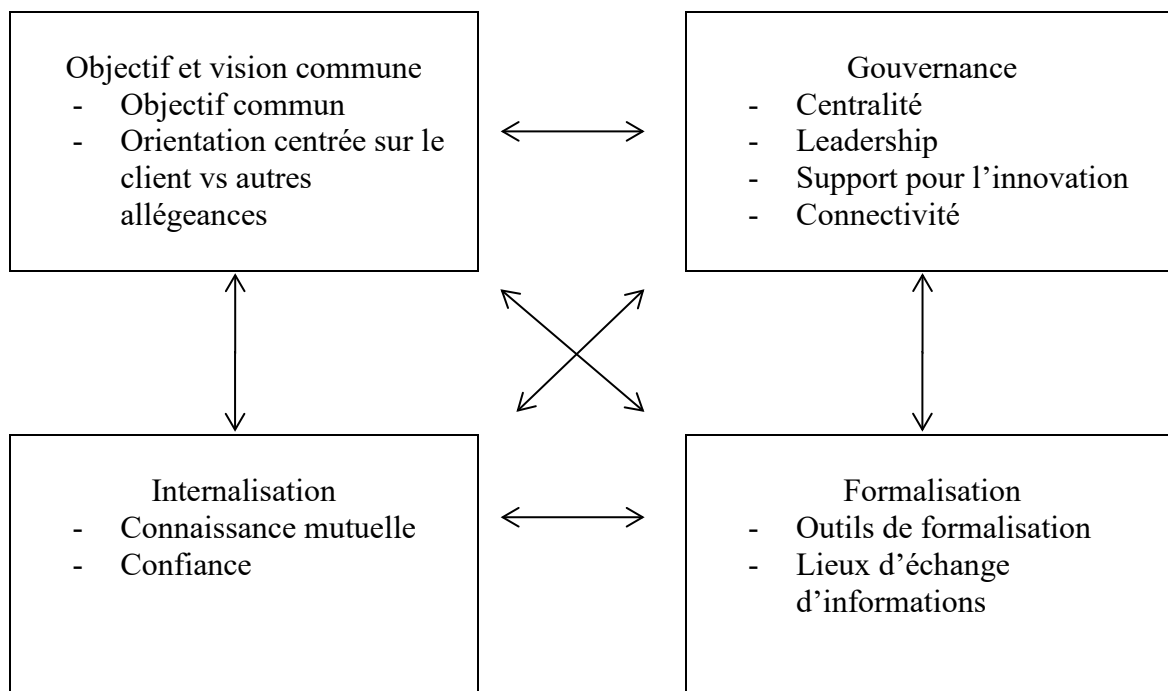


Figure 1. Modèle théorique de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008) traduit par la chercheuse.

La dimension « objectif et vision commune » réfère aux indicateurs suivants : « objectif commun » et « orientation centrée sur le client versus les autres allégeances ». Ces indicateurs font référence à la nature consensuelle des objectifs que les membres de l'équipe se donnent ainsi qu'à l'existence chez les professionnels d'une variété de types d'allégeance (p. ex., à la clientèle, à la profession, à l'organisation, etc.).

La dimension « internalisation » englobe les indicateurs « connaissance mutuelle » et « confiance ». Ces indicateurs renvoient à la connaissance personnelle (valeurs et niveau

de compétence) et professionnelle (cadre de référence disciplinaire, approche des soins et portée de la pratique) des membres de l'équipe, ainsi qu'à la confiance dans les compétences des uns et des autres quant à leur capacité à assumer leurs responsabilités.

La dimension « gouvernance » se rapporte aux indicateurs « centralité », « leadership », « support pour l'innovation » et « connectivité ». Ces indicateurs font référence à l'existence d'une orientation claire et explicite des cadres supérieurs de l'organisation vers une pratique de collaboration et à un leadership au sein de l'équipe dirigé vers la collaboration. Ils réfèrent également à la mise en place d'un processus complémentaire d'apprentissage des rudiments de la collaboration interprofessionnelle soutenu par un appui d'expertise interne et externe et à l'existence de lieux de discussion et de construction de liens.

Enfin, la dimension « formalisation » réfère aux indicateurs « outils de formalisation » et « lieux d'échange d'informations ». Ces indicateurs renvoient à la présence de moyens qui permettent de clarifier les responsabilités des différents professionnels et de négocier le partage des responsabilités ainsi qu'à l'existence et l'utilisation d'une infrastructure d'information qui permettent les échanges rapides et complets entre ces professionnels.

Structure de la thèse et objectifs poursuivis

Les données présentées précédemment mettent en évidence l'ampleur de la problématique de la santé mentale chez les enfants et les adolescents ainsi que l'importance d'offrir des services qui leur sont adaptés pour réduire l'impact des troubles mentaux sur la santé et le bien-être de ces jeunes et des membres de leur famille. Cette situation a été bien identifiée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et des orientations politiques ont été prises depuis le PASM 2005-2010 afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents. L'alourdissement de la clientèle référée en clinique de pédopsychiatrie est une des conséquences des orientations prises; il s'ajoute aux autres particularités de ce milieu de travail et contribue au déploiement de possibles impasses thérapeutiques. Le développement d'une organisation du travail davantage axée sur la collaboration interprofessionnelle, reconnue par les gestionnaires et les professionnels comme un facteur positif dans les soins de santé, pourrait aider à résoudre ces impasses thérapeutiques. Pour toutes ces raisons, la présente thèse veut explorer la nature à la fois théorique et pratique des effets du processus de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. Ces deux volets complémentaires sont présentés sous forme d'autant d'articles.

Le premier article, « La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature », propose une revue des écrits qui explore la possibilité qu'une intervention ciblant les

indicateurs de la collaboration interprofessionnelle puisse aider à résoudre les impasses thérapeutiques rencontrées en clinique de pédopsychiatrie. Afin de rejoindre le plus grand nombre possible d'intervenants et de chercheurs au Québec, cet article a été soumis et accepté pour publication à la revue « Santé mentale au Québec », revue scientifique francophone ayant pour principal objectif de rendre disponible aux cliniciens et chercheurs de nouvelles connaissances sur la santé mentale, les troubles mentaux et sur des interventions cliniques et sociales innovantes. La première partie de l'article est consacrée à la clarification du concept d'impasse thérapeutique en clinique de pédopsychiatrie, suivi d'une recension des écrits sur les effets de la collaboration interprofessionnelle sur la prestation des services en santé mentale. Le modèle de structuration du processus de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008) y est ensuite décrit. Finalement, en extrayant les indicateurs de ce modèle, l'article tente d'explorer comment la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle pourrait avoir un impact sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. Cette recension des écrits se termine en suggérant une piste de recherche pertinente à réaliser.

Un chapitre de transition fait le lien entre la revue des écrits présentée dans le premier article et les questions spécifiques auxquelles l'étude présentée dans le deuxième article tente de répondre. En raison du nombre limité de mots accordés par les éditeurs, ce chapitre de transition expose également les aspects méthodologiques complémentaires qui n'ont pu être inclus dans le second article. Les considérations méthodologiques ayant

influencé le choix de l'approche pour cette étude, le déroulement de la recherche-action participative, la méthode d'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques y sont abordés.

Le deuxième chapitre, « La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : recherche-action participative », a été soumis pour publication à la « Revue québécoise de psychologie », revue scientifique dont les objectifs visent à favoriser des liens entre la recherche et la pratique, à faire rayonner la psychologie de langue française et à exercer une influence sur la communauté scientifique, professionnelle et, éventuellement, sur des instances décisionnelles. Cet article tente de répondre aux trois questions de recherche suivantes :

- 1) Quels sont les indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle pouvant être identifiés lors de discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique?
- 2) Quels sont les indicateurs qui favorisent ou qui font obstacles à la collaboration interprofessionnelle lors d'une discussion impliquant une impasse thérapeutique?
- 3) Quel impact a la mise en évidence de ces indicateurs sur la résolution des impasses thérapeutiques pendant le déroulement de la recherche?

Cet article passe d'abord en revue les conclusions tirées de la revue des écrits, suivi de la description de la méthode utilisée pour répondre aux questions. Les résultats réalisés à partir de l'analyse thématique mettent en évidence huit indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle regroupés sous trois thèmes : l'engagement, les interactions et le contexte de pratique. Six de ces indicateurs favorisent la collaboration

interprofessionnelle tandis que les deux autres y font obstacle. Les résultats permettent de conclure que la mise en évidence de ces indicateurs pendant le déroulement de la recherche a eu un impact positif sur la résolution des impasses thérapeutiques. Une brève discussion met en lumière les liens entre les résultats et les données disponibles dans la littérature. Les forces et les limites de l'étude, les implications pour la pratique clinique et les pistes de recherches futures sont ensuite abordées.

Enfin, cette thèse se termine par une conclusion qui reprend les principales contributions théoriques et pratiques des deux articles en les mettant en relation avec les données des recherches les plus récentes. Quelques nouvelles pistes de recherches sont ensuite soulignées pour les chercheurs qui souhaiteraient poursuivre les travaux sur ce sujet.

Chapitre I

La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre
les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature

**LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE COMME MODALITÉ POUR
RÉSOUTDRE LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN PÉDOPSYCHIATRIE :
UNE REVUE DE LITTÉRATURE**

Résumé

L'intervention auprès des enfants et des adolescents en clinique de pédopsychiatrie génère un risque d'impasses thérapeutiques élevé pour les cliniciens. L'alourdissement des difficultés des jeunes qui y sont référés et l'obligation pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec les différents acteurs présents auprès de cette clientèle contribuent à cette situation. Les recherches démontrent toutefois qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et l'efficacité des services en santé, et ce, même si son implantation demeure difficile. D'Amour et coll. ont développé un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui permet d'en comprendre les processus. La revue de littérature qui constitue le sujet du présent article explore comment, en extrayant les indicateurs de ce modèle, il serait possible d'aider les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie à dénouer les impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent.

MOTS CLÉS collaboration interprofessionnelle, impasse thérapeutique, pédopsychiatrie

Abstract**INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AS A MODALITY TO RESOLVE THERAPEUTIC IMPASSES IN CHILD PSYCHIATRY : A REVIEW**

Child and adolescent intervention in child psychiatric clinics generates a high risk of therapeutic impasses for clinicians. Among the factors that contribute to this situation are the increasing severity of the problems of young people who are referred to psychiatric clinics and the obligation for professionals to collaborate with various actors surrounding the patient. This literature review explores the possibility that an intervention targeting indicators of interprofessional collaboration can help resolved the therapeutic impasses encountered by professionals working in child psychiatry. The article begins with a description of the impasse in therapeutic clinical child psychiatry. It then introduces a broad look at research about interprofessional collaboration and its effects on mental health service delivery. Finally, it examines the structuring model of the interprofessional collaboration process of D'Amour *et al.* in order to highlight the indicators that may be related to the resolution of clinical therapeutic impasses in child psychiatry. This review examines the possible interventions that could be done when targeting indicators of D'Amour *et al.*'s interprofessional collaboration model in order to improve therapeutic impasses resolution. A promising direction for future research which could contribute to therapeutic impasses resolution in child psychiatry is proposed.

KEYWORDS interprofessional collaboration, child psychiatry

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte en 2015 que 50 % des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans¹. Les troubles neuropsychiatriques comptent parmi les principales causes d'incapacité chez les jeunes dans le monde². Plus près de nous, la commission de la Santé mentale du Canada révèle en 2013 que de 14 % à 25 % des enfants et des adolescents, soit plus de 800 000 jeunes au Canada, souffrent de problèmes de santé mentale majeurs³.

Depuis une dizaine d'années, au Québec, l'évaluation et le traitement des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents font partie des actions prioritaires mises de l'avant par le gouvernement. Pour atteindre cette cible, le Ministère a privilégié, dans son Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, le développement des services de première ligne et des soins axés sur la collaboration⁴.

La mise en place d'équipes d'intervenants de première ligne en santé mentale jeunesse dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) permet de répondre aux besoins des enfants et des adolescents qui vivent des difficultés ne nécessitant pas d'intervention par des équipes plus spécialisées telles que les cliniques de pédopsychiatrie⁴. Ces dernières deviennent alors plus disponibles pour offrir des traitements aux jeunes âgés de 0 à 17 ans qui présentent des problèmes se situant dans le large spectre de la santé mentale et dont l'intensité est de modérée à grave. Si l'organisation des services diffèrent d'une clinique à l'autre (unité d'hospitalisation, clinique externe, etc.), ces équipes se distinguent de par leur caractère multidisciplinaire.

Les soins axés sur la collaboration entre les professionnels et entre les partenaires, pour leur part, consistent principalement à favoriser le travail de collaboration en facilitant l'échange de connaissances et de compétences entre les intervenants et les partenaires dans le but de renforcer la continuité des services et soutenir les partenaires internes et externes⁴. Les soins axés sur la collaboration sont introduits comme « un gage de succès » pour le traitement des troubles mentaux⁴. Les mesures proposées par le PASM 2015-2020 réitèrent également l'importance d'intervenir précocement auprès des jeunes, de favoriser le dépistage rapide des problématiques et de consolider les orientations prises dans le cadre du PASM 2005-2010 dont le renforcement des services offerts en première ligne et le soutien du partenariat et de la collaboration interprofessionnelle¹.

Dans un tel contexte de changement social, la collaboration interprofessionnelle devient une pratique particulièrement intéressante à explorer. La pertinence de son étude en clinique de pédopsychiatrie se justifie notamment parce que les évaluations et les traitements qui y sont offerts engagent nécessairement plus d'un intervenant à la fois⁵. Il est également connu qu'un bon fonctionnement dans le processus de collaboration interprofessionnelle est essentiel pour offrir des soins de santé de qualité⁶. Enfin, l'impasse thérapeutique, en faisant obstacle à l'évolution positive du patient, représente des coûts sociaux, psychologiques et financiers considérables⁷.

Au moyen d'une revue de littérature, cet article examine les indicateurs de la collaboration interprofessionnelle comme modalités pour résoudre les impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. Il décrit d'abord en quoi consiste l'impasse thérapeutique en clinique de

pédopsychiatrie et présente les effets de la collaboration interprofessionnelle sur la prestation des services en santé mentale. Le modèle de structuration du processus de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et coll.⁸ est ensuite brièvement présenté. Enfin, en extrayant les indicateurs de ce modèle, nous tentons d'explorer comment la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle pourrait avoir une incidence sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Les impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie

Les interventions en santé mentale génèrent inévitablement des situations où les cliniciens sont confrontés à des impasses thérapeutiques; ces situations, souvent vécues comme n'offrant « aucune issue favorable », nécessitent une réflexion chez les cliniciens afin de permettre leur dénouement⁹. Blackall et Simms décrivent l'impasse thérapeutique comme la persistance des symptômes chez le patient, laquelle a des conséquences négatives sur la relation thérapeutique¹⁰. Pour sa part, Rober définit l'impasse thérapeutique en santé mentale comme une conversation rigide et statique dans laquelle le thérapeute ne sent plus la liberté de choisir parmi ses interventions habituelles – confronter, recadrer, poser des questions, donner des conseils, etc. –, celles qui pourraient ouvrir l'exploration de l'expérience du patient¹¹. L'impasse thérapeutique telle que définie par Rober suscite notre intérêt du fait qu'elle décrit bien les expériences pouvant être vécues en clinique de pédopsychiatrie. La sévérité des problématiques et l'implication de plus d'un intervenant auprès de jeunes patients peuvent rendre difficile la résolution d'impasse thérapeutique lorsque des professionnels démontrent des difficultés à collaborer ensemble¹⁰. L'exploration de la collaboration interprofessionnelle comme modalité pour aider ces

professionnels à résoudre les impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent prend alors tout son sens.

Plusieurs facteurs sont des sources potentielles d'impasse thérapeutique au sein des équipes travaillant en clinique de pédopsychiatrie : l'obligation de collaborer avec les différents acteurs présents auprès des patients; les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois; et les caractéristiques des patients. Le besoin de collaborer avec plusieurs acteurs du milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent amène un partage dans les interventions qui oblige à tenir compte d'individus et de milieux aux cultures, aux règles et aux rythmes différents¹². Ce partage, en créant des situations où les interventions des uns empiètent sur celles des autres, suscite chez ces intervenants des réactions qui peuvent augmenter le risque d'impasse thérapeutique¹³. Les nombreuses transformations entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois depuis les quinze dernières années ont aussi contribué à alourdir le travail des professionnels qui œuvrent dans ces cliniques⁹⁻¹⁴. Enfin, Fleury et Grenier, dans leur rapport sur l'état de situation sur la santé mentale au Québec paru en 2012, résument les caractéristiques particulières des jeunes qui consultent en pédopsychiatrie : jeunes dont le développement n'est pas complété; comorbidité psychiatrique; taux élevé d'abandon du traitement; et implication nécessaire des parents⁵.

La collaboration interprofessionnelle et la prestation des services en santé mentale

La collaboration interprofessionnelle est considérée par les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques en santé comme un élément qui concourt à l'obtention de résultats positifs¹⁵. Elle est définie par D'Amour comme un processus par lequel des professionnels

interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients¹⁶. Fuller et coll. témoignent de résultats positifs obtenus dans des contextes de collaboration interprofessionnelle dans des services de première ligne auprès d'une clientèle en santé mentale¹⁷. Leur analyse de 119 études publiées entre 1998 et 2009 dans six régions du monde (Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Europe, États-Unis et Canada) leur permet d'affirmer que la collaboration interprofessionnelle est souvent associée à une réduction significative des symptômes cliniques, à une plus grande efficacité des services et à une diminution des coûts. De leur côté, Van Orden et coll. ont réalisé aux Pays-Bas une étude comparative avec 165 patients mesurant les résultats obtenus selon que les services étaient offerts de manière traditionnelle ou à partir d'une approche de collaboration interprofessionnelle¹⁸. Ils concluent que les soins offerts en collaboration interprofessionnelle donnent lieu à une plus grande satisfaction des professionnels envers les services offerts, à un délai de référence plus court, à une réduction du temps de traitement, à un nombre plus restreint de rendez-vous et à des coûts de traitement inférieurs. S'étant intéressés au suivi des patients en psychiatrie au moment de leur congé de l'hôpital, Fernandes et Flak observent que la collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer l'adhérence du client au traitement et de diminuer le risque de suicide¹⁹. Parmi les rares données recueillies auprès des services spécialisés multidisciplinaires s'adressant à une clientèle jeunesse, Scott et coll. constatent également, dans une étude comparative de 30 mois réalisée en Australie, que les services destinés aux adolescents et axés sur la collaboration interprofessionnelle fournissent un meilleur accès à des cliniciens de disciplines variées que ceux offerts de manière traditionnelle²⁰.

Ces recherches démontrent qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et la satisfaction des professionnels envers les services offerts, l'efficacité et la coordination des services, ainsi qu'une réduction des coûts dans les milieux des soins en santé mentale. Malgré ce constat, l'implantation d'une pratique de collaboration interprofessionnelle dans le milieu de la santé n'est pas acquise²¹.

Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et coll.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au concept de la collaboration interprofessionnelle et aux modèles qui peuvent en décrire les composantes²². Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaborée par D'Amour et coll.⁸ offre ici un intérêt particulier pour diverses raisons : il s'agit d'un modèle qui a été testé dans différents contextes du milieu de la santé¹⁴⁻²³; il s'intéresse au processus de la collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire à quelque chose qui est en mouvement, en opposition à une photo prise à un moment précis ; et, ses dimensions tiennent compte des relations entre les individus et du cadre institutionnel pouvant influencer l'action collective⁸.

Ce modèle est constitué de quatre dimensions interreliées les unes aux autres et de dix indicateurs associés à ces dimensions. Les quatre dimensions sont : objectif et vision commune; internalisation; gouvernance; formalisation. Les deux premières concernent les relations entre les individus, tandis que les deux dernières réfèrent au cadre institutionnel.

La dimension « objectif et vision commune » englobe deux indicateurs : l'indicateur « objectif commun » fait référence à la nature consensuelle et globale des objectifs; l'« orientation

centrée sur le patient versus autres allégeances » réfère pour sa part à l'existence dans une équipe de professionnels d'un ensemble d'intérêts impliquant des allégeances différentes soit celle à la clientèle, à la profession, à l'organisation, aux partenaires, etc.

La dimension « internalisation » réunit deux indicateurs, soit la « connaissance mutuelle » et la « confiance mutuelle ». Selon D'Amour et coll.⁸, les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement s'ils veulent développer un sentiment d'appartenance à un groupe et réussir la mise en commun d'objectifs. Cette connaissance des autres professionnels passe par la connaissance des valeurs, de la compétence, du cadre de référence disciplinaire, des approches des soins et de la portée de la pratique de chaque membre de l'équipe. De plus, la collaboration n'est possible que lorsque les professionnels ont confiance dans les compétences des uns et des autres et dans leur capacité à assumer leurs responsabilités.

La dimension « gouvernance » inclut quatre indicateurs, soit la « centralité », le « leadership », le « support à l'innovation » et la « connectivité ». La « centralité » renvoie à l'existence d'une orientation claire et explicite des gestionnaires qui est destinée à guider l'action vers la collaboration. Le « leadership », exercé soit par des gestionnaires qui ont été mandatés pour le faire, soit par des professionnels au sein de l'équipe qui en prennent l'initiative, est aussi orienté vers la collaboration. La collaboration menant à de nouvelles activités et impliquant nécessairement des changements dans les pratiques cliniques et dans le partage de responsabilités entre les professionnels nécessite la présence de mesures de soutien aux apprentissages. Enfin, la « connectivité » réfère au fait que les professionnels sont reliés entre eux et qu'il doit exister des espaces pour la discussion et pour la construction des liens.

Finalement, la dimension « formalisation » regroupe deux indicateurs : les « outils de formalisation » et les « lieux d'échange d'informations ». Les « outils de formalisation » permettent de clarifier efficacement les responsabilités des différents partenaires et de négocier le partage des responsabilités. Les « lieux d'échange d'informations » font référence à l'existence et l'utilisation d'infrastructures d'information permettant les échanges rapides et en profondeur entre les professionnels.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour et coll.⁸ permet de comprendre théoriquement comment se construit une pratique de collaboration interprofessionnelle dans une équipe de travail et le contexte dans lequel peut se construire cette pratique. Il n'existe toutefois pas présentement d'études, à notre connaissance, s'étant intéressée à comment se déploie la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie ni à comment la collaboration interprofessionnelle, dans une telle équipe, pourrait aider à la résolution des impasses thérapeutiques.

Collaboration interprofessionnelle en pédopsychiatrie et résolution d'impasses thérapeutiques

Étant donné que le développement des jeunes qui reçoivent des soins en pédopsychiatrie n'est pas terminé et que les troubles dont ils souffrent s'accompagnent souvent de comorbidité psychiatrique, l'établissement d'un diagnostic et l'organisation du traitement requièrent la collaboration de plusieurs professionnels afin de tenir compte de l'ensemble des aspects biopsychosociaux de leurs difficultés⁵. Cette organisation du travail implique inévitablement des empiétements dans les interventions avec lesquels tous les professionnels ne sont pas

nécessairement à l'aise¹³. Dans un contexte de travail en collaboration interprofessionnelle, l'identification d'objectifs communs est un moyen d'éviter le travail en vase clos, qui risque de mener à une impasse thérapeutique²⁴. Selon D'Amour et coll., l'identification et le partage des objectifs communs sont des points de départ essentiels pour une entreprise collaborative⁸. Le travail en vase clos, qui est à l'opposé du partage d'un objectif commun, est reconnu comme une barrière importante à l'implantation de la collaboration interprofessionnelle dans une équipe offrant des soins en santé²⁵. Grumbach et Bodenheimer ajoutent, à partir de deux études de cas réalisées aux États-Unis, que le travail des équipes de première ligne dont la collaboration interprofessionnelle se distingue positivement des autres s'articule autour d'objectifs communs clairement définis visant des résultats mesurables²⁶.

Plusieurs facteurs influencent le choix des objectifs d'intervention en clinique de pédopsychiatrie: besoins du patient; obligations professionnelles; attentes des parents et des différents partenaires; mandat de la clinique; règles de l'institution. Les professionnels qui y travaillent ont des sensibilités différentes face à chacun de ces facteurs. Ces sensibilités différentes amènent les professionnels à accorder une importance inégale à ces facteurs et rend difficile une mise en commun de leurs intérêts et une négociation entre eux afin de faire consensus pour offrir des soins dont l'orientation est centrée sur le patient⁸. Reeves et Lewin insistent aussi sur la nécessité d'établir des tâches et des buts explicites pour une collaboration efficace dans les secteurs de la santé et des services sociaux²⁷. Les échanges entre les professionnels d'une équipe permettent de développer une meilleure compréhension de leurs propres réactions et d'éviter de se laisser entraîner dans des interventions ne favorisant pas le mieux-être des patients²⁴. La recherche suggère aussi que les soins centrés sur le patient peuvent

conduire à une amélioration significative de leur santé et de leur performance fonctionnelle ainsi qu'à des coûts d'hospitalisation plus faibles²⁸. La promotion des soins centrés sur le patient serait l'objectif le plus susceptible de rallier l'ensemble des professionnels²⁹.

Les équipes de professionnels qui travaillent en clinique de pédopsychiatrie se composent d'individus ayant des formations et des expériences de travail différentes. Et règle générale, la formation des uns et des autres offre peu ou pas d'exposition aux programmes suivis par les autres professionnels³⁰. Ils commencent donc leur carrière sans connaître la portée de la pratique des intervenants avec qui ils doivent collaborer professionnellement. De plus, chacun d'entre eux a ses propres expériences de travail, qui influencent son approche des soins, ses valeurs, son niveau de compétence et sa conception de la collaboration interprofessionnelle. Les désaccords à propos des rôles et des responsabilités de chacun sont des barrières à la collaboration interprofessionnelle³¹. Les occasions d'échanges et d'expériences conjointes de succès supportent le développement de la connaissance et de la confiance entre les professionnels d'une équipe. L'échange entre collègues serait un moyen pour les professionnels de prendre du recul et de réfléchir aux situations d'impasse qu'ils vivent avec les patients, dans le but de chercher des solutions¹¹⁻³². Les professionnels tendent à utiliser les résultats de la collaboration pour s'évaluer les uns les autres et bâtir leur confiance et lorsqu'ils se connaissent peu, ils doivent constamment évaluer les risques d'être placés dans une position de vulnérabilité; face à trop d'incertitude, les professionnels de la santé ont tendance à conserver la responsabilité de leurs patients plus longtemps en évitant la collaboration⁸. L'étude sur les soins offerts en santé mentale adulte menée par Simpson va dans le même sens : elle soutient que les différences de cultures

professionnelles et d'approches thérapeutiques, les conflits et les questions d'imputabilité du personnel rendent la collaboration interprofessionnelle difficile³³.

Avoir un objectif commun, dont l'orientation est centrée sur le patient, avoir une connaissance des autres professionnels de la clinique et partager une confiance mutuelle apparaissent être des éléments qui peuvent contribuer à la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle dans une clinique de pédopsychiatrie. Cette pratique semble aussi rendre possible la résolution d'impasses thérapeutiques.

Le contexte de pratique de la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie est par ailleurs peu connu^{5, 6, 13-14}. Les actions mises de l'avant dans les PASM 2005-2010 et 2015-2020 pour améliorer l'accès aux traitements pour les jeunes présentant des troubles mentaux ciblent prioritairement l'organisation de services de première ligne plutôt que les soins offerts en milieu hospitalier^{1, 4-13}. En ce qui concerne le traitement des troubles mentaux dans les services spécialisés de deuxième ligne, le Ministère insiste d'abord sur l'amélioration des soins axés sur la collaboration (soins partagés) entre les équipes de première et de deuxième ligne ainsi que sur la mise en place de postes de pédopsychiatre répondant⁴. Si la collaboration interprofessionnelle nécessite la présence d'une série de conditions relationnelles entre les professionnels de l'équipe, elles ne sont toutefois pas suffisantes dans le système de soins de santé; les déterminants organisationnels jouent un rôle crucial spécifiquement sur le plan de la capacité de gestion des ressources humaines et de la capacité d'assumer un leadership fort vers la collaboration interprofessionnelle²⁴. Des politiques efficaces en matière de ressources humaines favorisent une structure de collaboration dans les équipes, donnent des lignes directrices claires

quant aux attentes entourant la pratique, favorisent une meilleure résolution des conflits et atténuent les hiérarchies professionnelles et les différends³⁴. Les contextes organisationnels qui encadrent les services influencent à la fois la façon dont les interventions sont mises en place et leurs résultats cliniques³⁵. Les équipes qui fonctionnent à partir d'une structure hiérarchique rapportent des effets négatifs sur le travail de collaboration³⁶. Lorsque le leadership vers la collaboration n'est pas pris en charge par les gestionnaires, il doit être partagé par les différents professionnels et faire l'objet d'un large consensus afin que chacun des membres de l'équipe puisse être entendu et participer au processus décisionnel⁸. Les changements vers une pratique de collaboration sont de véritables innovations qui doivent être développées et mises en œuvre et ils ne peuvent prendre racine sans un processus complémentaire d'apprentissage; les professionnels doivent développer une gamme de compétences pour travailler de manière efficace dans un environnement de soins de santé interprofessionnel²¹. Les compétences les plus souvent soulignées sont la compréhension des normes du groupe, l'habileté à résoudre les conflits, l'habileté à tolérer les différences et l'habileté à contribuer à l'établissement d'objectifs communs et à des plans de soins partagés; puisque la collaboration interprofessionnelle est un processus complexe, volontaire et dynamique impliquant plusieurs compétences, la formation pour améliorer la préparation des professionnels à cette pratique est importante³⁴. Des espaces sont aussi nécessaires pour résoudre rapidement les problèmes de coordination et rendre possible l'ajustement des pratiques⁸. Le manque de temps et de lieu pour la construction de liens peut miner les tentatives de travail de collaboration²⁷.

Les outils de formalisation peuvent avoir une incidence sur les résultats cliniques. En effet, les résultats d'une recherche, obtenus à partir de questionnaires complétés par 750 patients et

leurs intervenants, sur les soins en santé mentale offerts dans huit cliniques différentes situées en Suède, indiquent que le taux d'abandon par les patients est quatre fois plus élevé dans les cliniques qui offrent des soins instables et peu structurés³⁷. Le travail en vase clos, la divergence d'opinions quant aux services nécessaires à l'utilisateur et le désaccord concernant le diagnostic compromettent la continuité et l'intégration des services de manière marquée pour l'ensemble de la jeune clientèle¹⁴. La communication est la compétence la plus souvent soulignée en recherche pour travailler de manière efficace dans un environnement de soins de santé en collaboration interprofessionnelle²¹⁻³⁴. Les communications sont utilisées pour réduire l'incertitude dans les relations entre collègues qui se connaissent peu, évaluer la qualité des échanges et donner une rétroaction, contribuant ainsi à l'établissement de relations de confiance⁸. L'évaluation réalisée en 2010 à la suite de la mise en place des mesures du PASM 2005-2010 souligne la persistance de certains aspects pouvant nuire à la continuité des services : le recours aux plans de services individualisé (PSI) est peu systématique et la communication, autant entre les intervenants des centres de santé et de services sociaux qu'entre ces derniers et leurs partenaires, demeure difficile¹⁴. Malgré les efforts mis, ces données suggèrent que les résultats ne sont pas au rendez-vous et rappellent que l'action sur le terrain obéit à des déterminants psychosociaux complexes³⁸. En 2015, un nouveau PASM a vu le jour¹. Les mesures mises en place par ce nouveau plan d'action n'ont toutefois pas encore fait l'objet d'évaluation. Il ne nous est donc pas possible présentement d'en estimer les résultats.

Conclusion

Les statistiques démontrent qu'un grand nombre de jeunes souffrent de problèmes de santé mentale majeurs^{1, 2-3}. Des mesures ont été prises au Québec afin d'améliorer l'accès et la

continuité des services pour ces jeunes⁴. Cependant, les transformations entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois ont aussi eu pour conséquence que les jeunes qui recourent maintenant à des services en clinique de pédopsychiatrie présentent des troubles plus sévères⁵. Cette réalité s'ajoute à la nécessité déjà existante pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec l'ensemble des acteurs du milieu de vie de ces jeunes¹². Ces conditions contribuent au fait que les professionnels des cliniques de pédopsychiatrie sont plus à risque de vivre des impasses thérapeutiques⁶⁻¹³.

Des recherches attestent qu'il existe un lien entre la collaboration interprofessionnelle et l'obtention de résultats positifs en santé mentale¹⁷⁻²⁰. C'est dans cette perspective qu'est utilisé le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour et coll.⁸, afin de cibler des pistes de solution aux impasses thérapeutiques rencontrées en clinique de pédopsychiatrie. L'exploration des indicateurs du modèle met en évidence des pistes de réflexion qui pourraient favoriser la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Cette exploration soulève aussi des questionnements sur la façon dont se vit réellement la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie. Les professionnels arrivent-ils à travailler ensemble sur des objectifs communs centrés sur le patient? Parviennent-ils à développer une connaissance des autres intervenants avec qui ils travaillent et à développer une confiance réciproque les uns envers les autres? Les gestionnaires responsables de ces cliniques mettent-ils en place les conditions nécessaires à la construction de liens et à l'engagement des professionnels face à la tâche à réaliser?

À notre connaissance, il n'existe encore aucune donnée objective permettant de comprendre comment se développe et se vit la collaboration interprofessionnelle au sein des cliniques de pédopsychiatrie et comment celle-ci contribue à la résolution d'impasses thérapeutiques. Il serait intéressant d'explorer sur le terrain comment se construit la collaboration interprofessionnelle dans une équipe travaillant en clinique de pédopsychiatrie, le contexte dans lequel se construit cette pratique, et d'examiner comment elle peut faciliter la résolution d'impasses thérapeutiques. La recherche-action participative est une approche où le chercheur et les participants s'engagent ensemble afin d'examiner les situations problématiques vécues par les participants, d'y réfléchir dans des cycles d'action et de réflexion pour mieux comprendre les processus à l'œuvre et d'apporter les changements nécessaires à l'amélioration des pratiques³⁸. La recherche-action participative pourrait être une approche intéressante dans le cadre d'une recherche future pour approfondir la compréhension de l'effet de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Références

- (1) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Récupéré du site du Ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- (2) Organisation mondiale de la santé (OMS). (Aout 2014). *10 faits sur la santé mentale*. Récupéré du site de l'Organisation mondiale de la santé : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/
- (3) Commission de la Santé mentale du Canada. (Septembre 2013). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada : Rapport final*. Récupéré du site de la commission de la Santé mentale du Canada : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- (4) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Récupéré du site du Ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- (5) Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Récupéré du site du commissaire à la Santé et au Bien-être : <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- (6) Odegard, A. (2007). Time used on interprofessional collaboration in child mental health Care, *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 45-54.
- (7) Cappelli, M., et Léon, S. L. (2017). Ouvrir la voie aux soins connectés : renforcer l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Repéré à http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/resource/politiques_soins_primaire.pdf
- (8) D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martín-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008, septembre). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188. doi : 10.1186/1472-6963-8-188
- (9) Lecomte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 7-11.
- (10) Blackall, B. F. et Simms, S. (2002). Resolving therapeutic impasses in medical settings: A case study. *Families, Systems & Health*, 20 (3), 253-264.
- (11) Rober, P. (1999). Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale : quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion. *Thérapie familiale*, 20(2), 131-154.

- (12) Zugaj, L., Gotheil, N., Delpech, S., Jung, C. et Delmas, C. (2016). La déscolarisation : Étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 75-80.
- (13) Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, J., ... Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change : Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.
- (14) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Récupéré du site du Ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- (15) Fox, A. et Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care : A critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113-118.
- (16) D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Récupéré de : <http://www.collectionscanada.gc.ca>
- (17) Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: A narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, 11:72. doi : 10.1186/1472-6963-11-72
- (18) Van Orden, M., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P. et Hoencamp, E. (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 60(1), 74-79.
- (19) Fernandes, V. et Flak, E. (2012). Safe and effective prescribing practices at the point of discharge from an inpatient psychiatry unit. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 12-19.
- (20) Scott, E., Naismith, S., Whitwell, B., Hamilton, B., Chudleigh, C. et Hickie, I. (2009). Delivering youth-specific mental health services: The advantages of a collaborative, multi-disciplinary system. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 189-194.
- (21) Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1): 41-51.
- (22) D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L. et Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 116-131.

- (23) Beaulieu, M.-D. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca>
- (24) San Martín-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 132-147.
- (25) Gotlid Conn, L., Oandasan, I. F., Creede, C., Jakubovicz, D. et Wilson, L. (2010). Creating sustainable change in the interprofessional academic primary care setting : An appreciative inquiry approach. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(3), 284-300.
- (26) Grumbach, K. et Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary health care practice? *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1246-1251.
- (27) Reeves, S. et Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: Strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225.
- (28) Olsson, L.-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. et Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465.
- (29) Sidani, S. et Fox, M. (2014). Patient-centered care : Clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (2), 134-41.
- (30) Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, ... Anderson, J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today*, 31(2), 208-213.
- (31) Légaré, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., ... Graham, I. D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 554-564.
- (32) Moltu, C. et Binder, P.-E. (2011). The voices of fellow travellers: Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 250-267.
- (33) Simpson, A. (2007). The impact of team processes on psychiatric case management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 409-418. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04402.x

- (34) Gocan, S., Laplante, M. A. et Woodend, A. K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3), 1-19.
- (35) Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. et Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : Un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- (36) Howard, M., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N. et Agarwal, G. (2011). Self-reported teamwork in family health team practices in Ontario: Organizational and cultural predictors of team climate, *Canadian Family Physician* 57(5), 185-191.
- (37) Werbart, A., Andersson, H. et Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24 (6), 724-737.
- (38) Pourtois, J.-P., Desmet, H. et Humbeeck, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives*, 15 (Hors Série), 25-35.

Chapitre de transition

La recension des écrits présentée dans le premier chapitre a permis de définir l'impasse thérapeutique que peuvent rencontrer les professionnels en clinique de pédopsychiatrie et d'explorer les données connues dans les écrits mettant en lien la collaboration interprofessionnelle et la prestation des services en santé mentale. Les résultats présentés dans ces recherches tendent à démontrer qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et l'efficacité des services. Cette recension des écrits a aussi permis, en mettant en lumière les indicateurs du modèle de structuration du processus de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008), d'explorer des pistes de solution aux impasses thérapeutiques rencontrées en clinique de pédopsychiatrie. Enfin, l'article soulève aussi des questionnements sur la façon dont se vit réellement la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie et la pertinence de mieux comprendre ce qui se passe sur le terrain afin d'y initier des changements réels.

Dans ce sens, le deuxième article propose un projet de recherche visant à accompagner une équipe de professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie qui désire réfléchir sur leur processus de collaboration interprofessionnelle. L'objectif de la recherche est de comprendre comment ils construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils

peuvent améliorer la résolution des impasses thérapeutiques en réfléchissant sur cette pratique de collaboration interprofessionnelle. Un devis qualitatif, à partir d'une recherche-action participative et d'analyse qualitative, a été privilégié pour cette étude. Les considérations méthodologiques ayant influencé le choix de l'approche pour l'étude, le contexte de la recherche-action participative et la méthode d'analyse des données sont présentés dans les paragraphes suivants.

Considérations méthodologiques

Pourtois, Desmet et Humbeeck (2013) affirment que la recherche dans le domaine de la santé vise à développer des connaissances scientifiques qui peuvent guider et optimiser la pratique des soins. Cependant, selon ces auteurs, l'action sur le terrain obéit à des déterminants psychosociaux complexes et leurs composantes doivent être considérées afin que les connaissances acquises se traduisent par de réels changements dans les situations problématiques vécues dans le milieu.

La recherche qualitative permet de tenir compte des déterminants psychosociaux sur le terrain. Elle vise à comprendre et à témoigner d'une réalité sociale telle qu'elle est perçue par les individus qui la vivent (Lavoie, Marquis, & Laurin, 1996). Selon Patton (2002), douze principes décrivent la recherche qualitative : 1) les stratégies de conception impliquent l'étude de situations qui se déroulent dans le monde réel sans manipulation ou contrôle sur ce qui s'y déroule; 2) le chercheur demeure ouvert à adapter sa recherche en fonction des changements qui se produisent dans la situation

étudiée; 3) la population choisie par le chercheur est en fonction du phénomène qu'il désire analyser; 4) les stratégies de collecte de données impliquent des observations détaillées et en profondeur selon la perspective des participants; 5) le chercheur a un contact direct avec les participants et utilise ses expériences personnelles pour comprendre le phénomène à l'étude; 6) le chercheur adopte une attitude empathique et neutre face au contenu rapporté par les participants; 7) conscient que le changement est en cours, le chercheur demeure attentif au processus; 8) les stratégies d'analyse tiennent compte du fait que chaque cas à l'étude est spécial et unique; 9) le chercheur s'immerge dans les détails et la spécificité des données afin de découvrir les modèles importants, les thèmes et les interrelations; 10) le phénomène à l'étude est compris comme un système complexe plus grand que la somme de ses parties; 11) il s'agit d'un phénomène qui se situe dans un contexte social, historique et temporel spécifique; et 12) le chercheur tient compte dans son analyse des données objectives mais aussi de sa propre subjectivité.

La recherche-action fait partie de la famille des recherches qualitatives. Selon Lavoie et al. (1996), elle se définit comme :

...une approche de recherche à caractère social, associée à une stratégie d'intervention et qui évolue dans un contexte dynamique. Le principe fondamental sur lequel repose le phénomène de la recherche-action est qu'elle est fondée sur la conviction que la recherche et l'action peuvent être réunies. Selon sa préoccupation, la recherche-action peut avoir comme buts le changement, la compréhension des pratiques, l'évaluation, la résolution de problèmes, la production de connaissances ou l'amélioration d'une situation donnée. La recherche-action doit : avoir pour origine des besoins sociaux réels, être menée en milieu naturel de vie, mettre à contribution tous les participants à tous les niveaux, être flexible, établir une communication systématique entre les participants et s'autoévaluer tout au long du processus. Elle est à caractère empirique et elle est

en lien dynamique avec le vécu. Elle a un design novateur et une forme de gestion collective où le chercheur est aussi acteur et où l'acteur est aussi chercheur. (p. 41)

La recherche-action participative, pour sa part, est identifiée comme étant « un outil privilégié pour étudier des situations complexes de santé et de problèmes sociaux et améliorer les interventions » (Fradet, 2013, p. 220). En effet, selon Baum, MacDougall et Smith (2006), dans la recherche-action participative, le chercheur et les participants s'engagent à observer ensemble les situations problématiques vécues par les participants, à y réfléchir pour mieux comprendre les processus impliqués et à y apporter les changements nécessaires pour l'amélioration de leurs pratiques. Ces auteurs précisent que la recherche-action participative se réalise à partir de cycles d'action et de cycles de réflexion. Le terme de « cycle » est utilisé pour décrire une suite d'actions et de réflexions qui une fois complétées sont reprises pour être répétées, et ainsi de suite (Lavoie et al., 1996). La répétition des cycles cesse lorsque les données recueillies n'apportent plus aucune nouvelle information ou que les catégories identifiées incluent tous les éléments du phénomène et qu'elles ne sont plus enrichies par de nouvelles données (Corbin & Strauss, 1990). La recherche-action participative est une stratégie de recherche appropriée pour répondre aux objectifs de recherche visés par cette étude soit de comprendre comment des professionnels travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils peuvent, en réfléchissant à cette collaboration interprofessionnelle, améliorer la résolution des impasses thérapeutiques. Ces objectifs de recherche sont atteints en répondant aux trois questions

de recherche suivantes : 1) Quels sont les indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle pouvant être identifiés lors de discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique? 2) Quels sont les indicateurs qui favorisent ou qui font obstacles à la collaboration interprofessionnelle lors d'une discussion impliquant une impasse thérapeutique? 3) Quel impact a la mise en évidence de ces indicateurs sur la résolution des impasses thérapeutiques pendant le déroulement de la recherche?

Contexte de la recherche-action participative

La chercheuse initie un premier contact auprès de deux cliniques pédopsychiatriques afin de vérifier leur intérêt à participer à la recherche. À l'automne 2013, une clinique manifeste de l'intérêt pour le projet. L'équipe travaille depuis une année à l'amélioration de son fonctionnement et perçoit la recherche comme une occasion de poursuivre la démarche entreprise. Un contact est fait auprès du chef de service responsable de l'équipe de pédopsychiatrie et du conseiller en pratiques professionnelles afin de vérifier l'intérêt de l'ensemble de l'équipe de participer à la recherche-action participative. Une première rencontre a lieu ensuite avec les deux pédopsychiatres travaillant à la clinique au cours de laquelle le projet de recherche est présenté. Ayant obtenu l'aval des deux pédopsychiatres, les membres de l'équipe sont ensuite rencontrés afin de présenter les buts de la recherche et de s'assurer de leur engagement réel à participer à la démarche. Le projet est soumis pour approbation au Comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier où se déroule la recherche et qui a une entente de partenariat avec l'Université de Sherbrooke. L'approbation du projet de recherche par le comité éthique

du centre hospitalier (Appendice B) est subséquemment transmise au Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Les participants

Les participants à l'étude sont les membres d'une équipe de professionnels qui travaillent dans une clinique interne de pédopsychiatrie. Puisqu'il s'agit d'une recherche-action participative, certains critères doivent être respectés. En effet, la recherche consistant à accompagner une équipe de professionnels à travers sa propre réflexion sur sa pratique, les participants doivent avoir un intérêt pour comprendre leur processus de collaboration interprofessionnelle lors de situations d'impasses thérapeutiques et être prêts à jouer un rôle actif dans la recherche (Meyer, 2000). Les critères d'inclusion sont au nombre de trois : 1) le groupe se compose de professionnels de disciplines différentes; 2) les professionnels doivent être volontaires pour participer et s'engager dans une démarche active de réflexion; 3) des lieux de discussion (réunion, table d'accès, etc.) doivent exister dans la clinique pour examiner les impasses thérapeutiques vécues. Un seul critère d'exclusion est la présence de conflits majeurs à l'intérieur de l'équipe³ étant donné l'impact négatif que pourrait avoir de tels conflits sur la qualité des échanges entre les participants, échanges qui sont indispensables à la réalisation de la recherche. Le choix des participants provenant d'un échantillonnage délibéré permet de tenir compte de ces critères de sélection (Macdonald, 2012).

³ Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été présentés par la chercheuse dès le premier contact avec les cliniques pédopsychiatriques susceptibles d'avoir de l'intérêt pour participer à la recherche. Une des cliniques contactées a refusé en mentionnant explicitement la présence de conflits majeurs à l'intérieur de l'équipe.

L'équipe sélectionnée est composée des professionnels suivants : deux pédopsychiatres, un psychologue, un orthophoniste, un travailleur social, un orthopédagogue, un psychoéducateur, trois infirmiers et quatre éducateurs. La clinique est ouverte du lundi au vendredi et des intervenants sont présents sur trois quarts de travail (jour, soir, nuit). Les patients retournent à leur domicile la fin de semaine. L'ensemble des professionnels est volontaire pour participer et s'engager dans la démarche active de réflexion. Cependant, puisque la recherche se déroule pendant le quart de jour, seuls les professionnels qui travaillent lors des cycles d'actions et de réflexions peuvent participer au processus.

La participation des professionnels est influencée par les facteurs suivants : congés de maternité, congé de maladie et problématiques devant être discutées. Le nombre de participants à chacun des cycles est donc variable (de 6 à 11 professionnels) : deux professionnels participent à l'ensemble des cycles d'actions et de réflexions, quatre participent à cinq des six cycles et six professionnels à deux des cycles. L'ensemble du personnel de la clinique est présent à l'entrevue de groupe ayant lieu à la fin du processus.

Le déroulement de la recherche

La recherche-action participative est présentée au milieu comme une association entre la chercheuse et les membres de l'équipe de professionnels, la chercheuse

souhaitant répondre à ses trois questions de recherche et l'équipe souhaitant examiner sa pratique interprofessionnelle lors de ses réunions cliniques lorsqu'elle rencontre des impasses thérapeutiques. Les cycles d'actions et de réflexions sont proposés pour réaliser la démarche. La chercheuse assiste à la réunion clinique du mercredi après-midi et la période de réflexion en équipe a lieu le jeudi. Ces cycles d'actions et de réflexions sont répétés à six reprises de mars à novembre 2014 au rythme d'une fois par mois avec une pause pendant la saison estivale. Une entrevue de groupe a lieu à la toute fin de l'intervention afin de valider les résultats préliminaires et boucler la démarche (voir Appendice C).

Quatre outils de collecte de données sont intégrés à la démarche d'accompagnement afin de répondre aux questions de recherche : 1) l'enregistrement vidéo de six réunions cliniques, 2) l'enregistrement audio de six périodes de réflexion en équipe, 3) l'enregistrement audio de l'entrevue de groupe et 4) les notes descriptives découlant de l'observation participative et des réflexions de la chercheuse.

L'enregistrement de six réunions cliniques. Il avait été initialement prévu que la chercheuse assisterait et enregistrerait sur bande vidéo les 45 premières minutes de six réunions cliniques. La période d'enregistrement a été prolongée de 30 minutes suite au constat que les réunions débutaient avec un contenu plus administratif. Pendant l'enregistrement, la chercheuse repère les « incidents critiques » en utilisant une grille d'observation (Appendice D) préalablement élaborée à partir du modèle théorique du

processus de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008). Les principaux éléments observés sont les suivants : objectif commun, orientation centrée sur le client par rapport aux autres allégeances, centralité, leadership, soutien pour l'innovation, connectivité, connaissance et confiance mutuelle, outils de formalisation et échanges d'informations.

Concept attribué à Flanagan (1954), l'incident critique est une activité humaine observable qui se produit dans une situation où l'intention de l'acte et ses conséquences sont suffisamment précises pour laisser peu de doutes aux observateurs quant à ses effets. L'enregistrement vidéo est donc privilégié à l'enregistrement audio afin de permettre aux professionnels de se poser des questions sur ce qu'ils entendent et sur ce qu'ils voient. De deux à trois incidents critiques d'une durée de 2 à 6 minutes sont retenus pour visionnement lors de la période de réflexion en équipe.

L'enregistrement de six périodes de réflexion en équipe. Les périodes de réflexion, d'une durée de 30 à 60 minutes selon la disponibilité des membres de l'équipe, ont lieu à la clinique, le jour suivant la réunion clinique, en présence des professionnels ayant participé à la réunion clinique. Les « incidents critiques » servent de point de départ à la réflexion. Le nombre d'incidents critiques, préalablement repérés par la chercheuse, sont par la suite visionnés par les participants pendant les cycles de réflexion varie entre un et deux de façon à tenir compte des besoins des participants et de la richesse des échanges alimentés par l'incident. La chercheuse favorise la réflexion

à partir de la grille de réflexion (Appendice E) préalablement élaborée autour des thèmes suivants : sens à donner à l'expérience observée, identification des moments d'ouverture et de fermeture à la collaboration interprofessionnelle, stratégies d'encadrement permettant de faire les choses autrement. Les participants sont invités à nommer ce qu'ils observent pendant le visionnement de l'extrait vidéo, à identifier ce que tente de faire l'équipe pendant la séquence où il est question de l'impasse thérapeutique et à évaluer l'atteinte ou non de l'objectif poursuivi. Lorsqu'ils ont identifié ce qui les rend insatisfaits, ils sont invités à se demander ce qu'ils auraient pu faire autrement afin de réorienter le travail de l'équipe vers l'objectif visé. Les participants suggèrent des interventions permettant d'apporter des changements dans leur processus de collaboration interprofessionnelle. La chercheuse anime l'échange en assurant un bon déroulement du processus; son rôle est davantage celui d'un catalyseur⁴ que celui d'un expert (Cassell & Johnson, 2006).

L'enregistrement d'une entrevue de groupe. L'entrevue de groupe a lieu en janvier 2015 et s'inscrit à l'intérieur d'une journée d'étude organisée pour l'ensemble du personnel de la clinique. Quatorze professionnels participent à l'entrevue de groupe d'une durée de 75 minutes. Le conseiller en pratiques professionnelles et le chef de service santé mentale et psychiatrie jeunesse sont également présents étant donné qu'ils sont les organisateurs de la journée d'étude. Leur présence n'a toutefois pas semblé avoir d'influence sur la liberté d'expression des professionnels. L'objectif de l'entrevue

⁴ « Élément qui provoque une réaction par sa seule présence ou par son intervention » (« Larousse en ligne », s.d.)

est de valider auprès des professionnels un début de l'analyse de données. Une grille d'entrevue (Appendice F) préalablement élaborée favorise l'échange. Les thèmes traités réfèrent à l'identification des indicateurs favorables ou non à la collaboration interprofessionnelle dans leur équipe et les impacts de la recherche-action participative sur leur processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques. Un ajustement a été nécessaire dans l'orientation qui était initialement prévue pour réaliser l'entrevue de groupe afin de tenir compte des participants présents et de leur façon différentes d'avoir participé à la recherche (présence ou non aux cycles d'actions et de réflexions, fréquence de leur présence à ces cycles). Un document résumant les informations est remis aux participants (Appendice G). Les participants partagent leurs perceptions de l'impact du processus de recherche sur la collaboration interprofessionnelle dans leur équipe et la résolution des impasses thérapeutiques.

Les notes descriptives découlant de l'observation participative de la chercheuse.

La chercheuse consigne après chacune des rencontres (réunions cliniques, périodes de réflexion, entrevue de groupe) diverses informations : notes descriptives (personnes présentes, déroulement des rencontres, interactions, climat, observations) concernant le déroulement des rencontres susceptible d'être utilisées pour en comprendre le processus et notes théoriques (interrogations, hypothèses, intuitions). La rédaction de ces notes permet à la chercheuse de garder une trace de ses réflexions et interrogations de manière constante tout au long des étapes de la recherche-action participative (Lavoie et al., 1996). Les données recueillies sont intégrées dans l'analyse des données.

L'analyse des données

Les données recueillies sous la forme d'enregistrements vidéo et audio (séquences sélectionnés, périodes de réflexion en équipe, entrevue de groupe) sont retranscrites verbatim par la chercheuse, de manière à lui permettre de se familiariser avec l'ensemble des propos des participants. Les verbatim des périodes de réflexion en équipe sont ensuite soumis à une analyse thématique, en utilisant un support papier conformément à la méthode de Paillé et Mucchielli (2008). Un travail de validation est réalisé régulièrement avec la directrice de thèse pendant l'analyse des données.

L'analyse se déroule en deux étapes de manière à respecter les fonctions de l'analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2008). La première étape consiste à saisir l'ensemble des thèmes du corpus. Il s'agit ici de ressortir tous les éléments pertinents en lien avec les objectifs de la recherche. Des lectures répétées des retranscriptions de verbatim sont effectuées afin de s'imprégner du contenu des différentes rencontres. Les données recueillies pour chacune des périodes de réflexion de l'équipe sont ensuite mises en codes lesquels sont par la suite inscrits en marges sous forme de codes initiaux. Des indications sont inscrites au bas de chaque code de manière à pouvoir retracer les verbatim auxquels ils sont rattachés. Les codes sont ensuite découpés, analysés et regroupés sous des thèmes unificateurs. Une fois les thèmes identifiés, décrits et illustrés avec des extraits de verbatim, ils sont mis en lien les uns avec les autres et explorés à l'aide du modèle théorique du processus de collaboration interprofessionnelle de

D'Amour et al. (2008). Un effort conscient est fait pour assurer une confiance dans l'interprétation de la signification des données (Wittemore, Chase, & Mandle, 2001) en validant cette analyse auprès des participants lors de l'entrevue de groupe.

La deuxième étape de l'analyse thématique vise à documenter l'importance des thèmes en relevant les récurrences, les divergences, les oppositions, les regroupements avec l'ensemble des documents ayant servi à la collecte des données (verbatim des extraits des réunions cliniques, des périodes de réflexion, de l'entrevue de groupe et les notes descriptives). Cette étape est réalisée en étroite collaboration avec la directrice de thèse. L'exercice permet de définir les thèmes et de leur associer les indicateurs de la collaboration interprofessionnelle identifiés par les professionnels lors des réunions d'équipe où les discussions étaient sujettes à une impasse thérapeutique. Ces indicateurs découlent des verbatim recueillis et analysés. L'association des thèmes et des indicateurs permet de construire progressivement une figure thématique (Appendice H). Les indicateurs sont ensuite illustrés à partir des séquences extraites des réunions cliniques, prenant également en compte les éléments non verbaux.

La figure thématique se veut un schéma représentatif des thèmes et des indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle ayant été identifiés lors des discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique pendant le déroulement de la RAP ainsi que l'impact de la mise en évidence de ces indicateurs sur le processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques. Des formes ovales

représentent les trois thèmes identifiés et les huit indicateurs qui leur sont associés prennent la forme de carrés reliés par des flèches. Les symboles (+ et -) placés à l'intérieur de chaque carré indique si l'indicateur est favorable ou non à la collaboration interprofessionnelle. Le thème « contexte de pratique » est placé sous les thèmes « engagement » et « interaction » afin de mettre en évidence la répercussion que peut avoir le contexte de pratique pendant la réunion clinique sur l'engagement des professionnels dans la discussion et sur leur interaction lors des discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique. Les formes et les flèches en pointillé traduisent les incidences du processus de réflexion sur l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques dans l'équipe.

Critères de scientificité

La valeur d'une recherche scientifique dépend en grande partie de la capacité du chercheur à établir la crédibilité de ses résultats (Drapeau, 2004). Pour atteindre cet objectif dans le cadre d'une recherche-action participative, la chercheuse tient compte des critères de rigueur méthodologique (Lincoln, & Guba, 1985). Les quatre critères de rigueur méthodologique proposés par Lincoln et Guba sont retenus pour cette recherche. Ces critères sont la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation. La crédibilité renvoie à la correspondance entre les résultats rapportés par le chercheur et les propos tenus par les participants (Porter, 2007). La fiabilité réfère à la capacité pour d'autres chercheurs de reproduire la recherche à partir de la description de ce qui a été fait en obtenant les mêmes résultats (Sylvain, 2008). La transférabilité vise à évaluer la

possibilité que les conclusions de la recherche puissent avoir un sens dans un autre contexte que celui étudié (Bourgeois, 2016). Enfin, la confirmation permet de s'assurer que les résultats obtenus représentent bien le point de vue des participants et qu'ils n'ont pas été influencés par les biais du chercheur (Sylvain, 2008). Afin de répondre à ces critères, diverses stratégies sont mises en œuvre tout au long du processus de recherche : validation constante auprès des participants de la compréhension retenue de leur propos, engagement d'une durée de neuf mois auprès des membres de l'équipe, description détaillée de la méthodologie utilisée, description détaillée du milieu de recherche, implication de la directrice de thèse à toutes les étapes de la recherche, validation avec l'ensemble des professionnels de la clinique en fin de processus et triangulation de sources de données (périodes de réflexion en équipe, entrevue de groupe, observations).

Considérations éthiques

Cette recherche respecte le code des comités d'éthique et de recherche du Centre hospitalier à l'étude et celui de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Un formulaire de consentement (Appendice I) est signé par les participants qui acceptent de participer à la recherche. Ils sont informés que les données recueillies sont confidentielles et que l'anonymat, lors de la transcription des verbatim et de la publication des résultats sera respecté. Leur participation ne comporte aucun inconvénient significatif compte tenu que les rencontres ont lieu dans le cadre de leur travail et un support professionnel leur est offert dans l'éventualité où l'expérience les amène à vivre une situation difficile. Enfin, tous les participants sont informés qu'ils

demeurent libres de mettre fin à leur participation à tout moment de la recherche, sans avoir à fournir de justification.

Chapitre II

La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre
les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : recherche-action participative

**LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE COMME MODALITÉ POUR RÉSOUDRE LES
IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN PÉDOPSYCHIATRIE :
RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE**

**Lyne Bordeleau
Jeannette LeBlanc
*Université de Sherbrooke***

**INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AS A MODALITY TO RESOLVE
THERAPEUTIC IMPASSES IN PEDOPSYCHIATRY:
A PARTICIPATORY RESEARCH-ACTION**

Lyne BORDELEAU, M. Ps., psychologue
Doctorante en psychologie
Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil

Jeannette LEBLANC, Ph. D., psychologue
Professeure associée
Département de psychologie
Université de Sherbrooke

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE COMME MODALITÉ POUR RÉSOUDRE LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN PÉDOPSYCHIATRIE : RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE

Résumé

Cet article présente les fondements, la méthode et les résultats d'une recherche-action participative visant à comprendre comment des professionnels travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils peuvent améliorer la résolution des impasses thérapeutiques en réfléchissant sur cette pratique. Un traitement qualitatif, à partir du procédé d'analyse thématique de données recueillies au cours de périodes de réflexion en équipe et d'une entrevue de groupe, a permis d'identifier huit indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle regroupés selon trois thèmes : 1) l'engagement, 2) les interactions et 3) le contexte de pratique. Six indicateurs favorisent le travail de collaboration interprofessionnelle, alors que deux y font obstacle. La mise en évidence des indicateurs, pendant le déroulement de la recherche, a un impact positif sur le processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques. Les forces et les limites de la recherche, ses retombées pour la pratique et des pistes pour de futures recherches sont présentées.

Mots clés : collaboration interprofessionnelle, impasse thérapeutique, pédopsychiatrie

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AS A MODALITY TO RESOLVE THERAPEUTIC IMPASSES IN PEDOPSYCHIATRY: A PARTICIPATORY RESEARCH-ACTION

Abstract

This article exposes the fundamentals, methodology, and results of a participatory action research aimed at understanding how professionals working in a child psychiatry clinic build their interprofessional collaboration practice, the context in which this practice is built, and how these professionals can, by reflecting on their practice, improve the resolution of their therapeutic impasses. A qualitative analysis, based on the thematic analysis methodology of data collected during team reflection periods and a group interview, identified eight indicators of the interprofessional collaboration process grouped into three themes: 1) commitment, 2) interactions and 3) the practice context. Six indicators promote collaborative interprofessional work while two indicators act as obstacles. The highlighting of indicators during the research process had a positive impact on the interprofessional collaboration process and the therapeutic impasses resolution. The research strengths and limitations, consequences for practice, and avenues for future research are presented.

Keywords: interprofessional collaboration, therapeutic impasse, child psychiatry

Malgré la promotion faite en faveur du bien-être global de la population mondiale, les statistiques rapportées par l'Organisation mondiale de la santé (2014) démontrent que la maladie mentale demeure une des premières causes d'invalidité à travers le monde et qu'elle se manifeste, malheureusement, assez rapidement lors du développement des enfants et des adolescents. En effet, la moitié de toutes les maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015). Au Canada, on estime de 14 % à 25 % le nombre d'enfants et d'adolescents touchés par la maladie mentale (Manion, 2010).

En 2012, le rapport produit par Fleury et Grenier sur l'état de situation en santé mentale au Québec insiste sur l'importance d'intervenir tôt et intensivement auprès des jeunes présentant un trouble mental modéré ou grave. Les auteurs justifient cette prise de position par le fait que des recherches longitudinales démontrent que les troubles mentaux réduisent les champs d'activité de ces jeunes ainsi que leur capacité d'agir, ont des impacts importants sur leur vie familiale et persistent à l'âge adulte lorsqu'ils ne sont pas traités, entraînant des coûts sociaux, psychologiques et financiers importants. Depuis une dizaine d'années, des mesures ont été prises au Québec afin d'améliorer l'accès et la continuité des services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux. Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (MSSS, 2005) a mis de l'avant des dispositions visant à développer les services de première ligne et à introduire des pratiques de soins axées sur la collaboration. En renforçant les services offerts par les partenaires qui interviennent en première ligne (milieu scolaire, centre local de services communautaires [CLSC], centre de la petite enfance [CPE], clinique médicale), les cliniques de pédopsychiatrie et les cliniques spécialisées deviennent disponibles pour offrir des traitements aux jeunes présentant des troubles mentaux plus sévères. Le travail axé sur la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins et entre les divers partenaires vise à offrir des soins accessibles, continus et complets. Ces mêmes orientations sont maintenues par le PASM 2015-2020 (MSSS, 2015).

En 2010, dans son rapport d'évaluation, le MSSS rapporte des retombées positives découlant de l'implantation des mesures du PASM pour la clientèle jeunesse. Cependant, des obstacles demeurent en ce qui a trait aux pratiques de collaboration entre les professionnels et entre les institutions. Les défis

associés à la mise en place de pratiques de collaboration ne sont pas exclusifs au Québec. Une recension des écrits réalisée par Fuller et al. (2011a), regroupant 119 études publiées entre 1998 et 2009 dans 6 régions du monde (Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Europe, États-Unis et Canada) auprès d'une clientèle en santé mentale, indique un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et trois éléments associés aux soins, soit une réduction significative des symptômes cliniques, une plus grande efficacité des services et une diminution des coûts des services. Cependant, malgré la reconnaissance de la valeur ajoutée de la collaboration interprofessionnelle, l'implantation de cette pratique dans le milieu de la santé demeure difficile (Murray et al., 2008; Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002; Suter et al., 2009).

Cet article concerne les services offerts pour traiter les troubles mentaux plus sévères chez les jeunes. Il porte spécifiquement sur la collaboration interprofessionnelle comme moyen permettant d'augmenter la qualité de ces services en contribuant à la résolution des impasses thérapeutiques vécues par des professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie (voir Bordeleau & LeBlanc, 2017, pour une recension des écrits). L'article présente d'abord les sources possibles d'impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie et introduit le concept de la collaboration interprofessionnelle. Il fait ensuite état d'une recherche-action participative réalisée en clinique de pédopsychiatrie qui visait à mieux comprendre comment des professionnels peuvent, en réfléchissant sur leur processus de collaboration interprofessionnelle, résoudre les impasses thérapeutiques rencontrées dans leur pratique. Une présentation des forces et limites de la recherche, les retombées pour la pratique et des pistes pour de futures recherches closent l'article.

LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Au Québec, les services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale pour les jeunes sont offerts par les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie. Ces services s'adressent aux jeunes âgés de 0 à 17 ans présentant des problèmes de santé mentale modérés à sévères qui ne peuvent pas être traités par les partenaires de la première ligne. Les cliniques regroupent des professionnels de plusieurs disciplines : éducation spécialisée, ergothérapie, neuropsychologie, orthophonie,

orthopédagogie, psychoéducation, psychologie, psychiatrie, soins infirmiers, travail social, thérapie conjugale et familiale. L'organisation des services et la constitution des équipes varient d'une clinique à une autre. Par leur mandat et leur constitution, ces cliniques offrent un contexte judicieux pour l'exploration des impasses thérapeutiques et de la collaboration interprofessionnelle (Lesinskiene, Senina, & Ranceva, 2007).

En effet, l'intervention auprès des enfants et des adolescents génère un risque particulièrement élevé pour les professionnels de vivre des sentiments et des réactions pouvant influencer leur jugement clinique et leur comportement de façon potentiellement contre-thérapeutique (Rasic, 2010). Ces professionnels doivent tenir compte de collègues et de partenaires aux cultures, aux règles et aux rythmes de fonctionnement différents qui peuvent être source de réactions ayant des conséquences sur le travail de collaboration et l'orientation de l'intervention (Nadeau et al., 2012). Les difficultés de collaboration peuvent générer à leur tour des effets sur la continuité des services offerts aux jeunes et nuire à la prise en charge des professionnels et des partenaires qui gravitent autour de cette clientèle (Rousseau et al., 2014). L'intervention en clinique de pédopsychiatrie présente aussi des défis particuliers associés aux caractéristiques des jeunes : la difficulté d'établir le diagnostic d'une personne en développement, la présence d'une comorbidité psychiatrique chez plus de 50 % des jeunes, le taux élevé d'abandon des traitements et l'engagement indispensable des parents pour que le jeune puisse recevoir les soins (Fleury & Grenier, 2012). Les transformations entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois depuis les 20 dernières années, malgré certains effets positifs, ont contribué à l'alourdissement de la clientèle traitée en clinique de pédopsychiatrie (MSSS, 2010). Tous ces éléments sont des sources possibles d'impasses thérapeutiques pour les professionnels travaillant dans ces cliniques. L'impasse thérapeutique est définie ici comme une conversation thérapeutique entre un professionnel et son patient dans laquelle il n'y a plus d'espace pour le bon fonctionnement du processus thérapeutique et où le thérapeute n'arrive plus à choisir, parmi ses interventions habituelles, celles qui pourraient faire évoluer le processus (Rober, 1999). Dans le cadre de cette recherche, l'impasse thérapeutique s'observe lors des réunions cliniques lorsque les professionnels manifestent des difficultés à collaborer ensemble, lesquelles influencent leur capacité à rétablir la conversation thérapeutique à propos du patient.

Depuis plus de 20 ans, les politiques de santé dans la plupart des pays occidentaux réclament des services plus efficaces en matière d'accessibilité des soins, de continuité et de complétude (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008). Le moyen suggéré pour y arriver est d'inciter les institutions à intensifier l'organisation de soins de manière à mettre la collaboration interprofessionnelle au centre des interventions (Huxham & Vangen, 2000). Dans les équipes de soins de santé, la collaboration interprofessionnelle est définie par D'Amour (1997) comme le processus par lequel des professionnels interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients. C'est à ce processus que sont invités à participer les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie.

OBJECTIFS

La recherche vise à comprendre comment des professionnels travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils améliorent la résolution des impasses thérapeutiques rencontrées en réfléchissant à cette pratique. La recherche répond aux trois questions suivantes : 1) Quels sont les indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle pouvant être identifiés lors de discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique? 2) Quels sont les indicateurs qui favorisent ou qui font obstacle à la collaboration interprofessionnelle lors d'une discussion impliquant une impasse thérapeutique? Et 3) Quel impact a la mise en évidence de ces indicateurs sur la résolution des impasses thérapeutiques pendant le déroulement de la recherche?

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La recherche-action participative (RAP) est la démarche choisie pour comprendre la pratique et le contexte de pratique de collaboration interprofessionnelle de professionnels d'une clinique de pédopsychiatrie, et tenter d'en améliorer le fonctionnement lorsqu'ils examinent les impasses thérapeutiques rencontrées. La RAP permet de recueillir et d'analyser systématiquement des données afin de générer des connaissances pour susciter des changements dans la pratique (MacDonald, 2012).

Selon Fradet (2013), il s'agit d'un choix pertinent pour l'étude de situations vécues dans le milieu de la santé et des services sociaux. Elle permet au chercheur de s'associer à une communauté, d'assurer son intérêt pour les questions de recherche, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, des conditions permettant aux membres de la communauté d'accroître leur capacité d'identifier et de résoudre leurs problèmes, et aux gestionnaires, de mobiliser leurs ressources et d'améliorer leurs politiques afin d'influencer les façons de faire des professionnels (Jagosh et al., 2012). La RAP se réalise à partir de cycles d'actions et de cycles de réflexions (Baum, MacDougall, & Smith, 2006).

RECRUTEMENT ET PARTICIPANTS

La chercheuse s'associe à une équipe de professionnels en pédopsychiatrie de la région métropolitaine de Montréal¹ lui fournissant un cadre afin qu'elle examine sa pratique interprofessionnelle, réfléchisse aux stratégies utilisées lors des situations d'impasses thérapeutiques et identifie celles qui sont susceptibles d'améliorer son fonctionnement (Baum et al., 2006). L'équipe de professionnels est choisie en fonction de son intérêt à comprendre son processus de collaboration interprofessionnelle lors des situations d'impasses thérapeutiques et de son désir de jouer un rôle actif dans la recherche (Meyer, 2000). La chercheuse joue un rôle de catalyseur plutôt qu'un rôle expert (Cassell & Johnson, 2006). Un premier contact se fait auprès du responsable des services en santé mentale et psychiatrie jeunesse et du responsable des pratiques professionnelles de la clinique. Le projet de recherche est ensuite présenté aux deux pédopsychiatres de la clinique. Après avoir obtenu l'aval des pédopsychiatres, le projet est exposé aux membres de l'équipe afin de valider leur engagement à participer à la démarche.

L'équipe sélectionnée se compose de deux pédopsychiatres, d'un psychologue, d'un orthophoniste, d'un travailleur social, d'un orthopédagogue, d'un psychoéducateur, de trois infirmiers et de quatre éducateurs. La clinique est en activité du lundi au vendredi, et des intervenants sont présents durant les trois quarts de travail. Six cycles d'actions et de réflexions sont mis en place au rythme d'une fois par mois pendant une période de neuf mois incluant une pause pour la saison estivale. Seuls les professionnels qui peuvent assister à l'ensemble d'un cycle d'actions et de réflexions, soit à la réunion

¹ Les auteurs de l'article remercient l'équipe participante, sans laquelle cette recherche n'aurait pu être réalisée.

clinique et ensuite à la période de réflexion, participent à la démarche. Le nombre de participants à chacun des cycles varie de 6 à 11 professionnels en raison des congés (maladie, maternité) et des problématiques discutées. Deux professionnels participent à tous les cycles d'actions et de réflexions, quatre professionnels sont présents à cinq des six cycles et six professionnels n'assistent qu'à deux des cycles. Une rencontre de groupe servant d'entrevue de groupe a lieu à la fin du processus. L'ensemble du personnel de la clinique participe à cette rencontre.

COLLECTE DE DONNÉES

De courtes séquences, lors des réunions cliniques, sont choisies à partir de la technique de l'incident critique (TIC) et d'une grille d'observation inspirée des déterminants de la collaboration interprofessionnelle du modèle de D'Amour et al. (2008). L'incident critique est une activité humaine observable qui se produit dans une situation où l'intention de l'acte et ses conséquences sont suffisamment précises pour laisser peu de doutes aux observateurs quant à ses effets (Flanagan, 1954). La TIC permet de recueillir des informations riches, concrètes et détaillées sur l'activité étudiée et de l'analyser rigoureusement, en l'occurrence la pratique de collaboration interprofessionnelle lors de la gestion des impasses thérapeutiques en réunion (Walker, 2015). La TIC fournit aussi une structure à la démarche de recherche-action (Chou, Kwee, Buchanan, & Lees, 2016). Quant aux déterminants de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al., ils se déclinent ainsi : objectif commun, orientation centrée sur le client par rapport aux autres allégeances, centralité, leadership, soutien pour l'innovation, connectivité, connaissance et confiance mutuelle, outils de formalisation et échanges d'informations.

Les séquences sélectionnées varient de deux à six minutes et sont visionnées avec les participants le jour suivant la réunion clinique. Elles servent de point de départ aux périodes de réflexion en équipe. Les professionnels ont l'occasion de revoir leur fonctionnement d'équipe pendant ces séquences, d'évaluer leur efficacité quant à la résolution de l'impasse thérapeutique et d'identifier des stratégies visant à améliorer leur fonctionnement. Des notes descriptives concernant le déroulement des rencontres (personnes présentes, interactions, climat) et des notes théoriques (interrogations, hypothèses, intuitions) sont consignées par la chercheuse.

Quatre types de données sont recueillies : l'enregistrement sur bande vidéo des 6 réunions cliniques d'une durée de 75 minutes; l'enregistrement audio de 6 périodes de réflexion en équipe d'une durée variant de 30 à 60 minutes, selon la disponibilité des professionnels; l'enregistrement audio de l'entrevue de groupe d'une durée de 75 minutes et les notes descriptives et théoriques de la chercheuse.

ANALYSE DES DONNÉES

Les données sont soumises à une analyse thématique conformément à la méthode de Paillé et Mucchielli (2008). La première étape consiste à extraire des données le contenu ayant un lien avec les objectifs de la recherche. Les données sont ensuite mises en codes, puis ces codes sont découpés, analysés et regroupés sous des thématiques cohésives. Les thématiques sont mises en lien les unes avec les autres et explorées à l'aide du modèle théorique du processus de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008). Ces premiers résultats sont validés auprès des participants lors de l'entrevue de groupe. Dans un deuxième temps, en relevant les récurrences, les divergences, les oppositions et les regroupements dans l'ensemble des données recueillies (séquences extraites des réunions cliniques, verbatim des périodes de réflexion, entrevue de groupe et notes de la chercheuse), trois thèmes sont définis et associés aux indicateurs de la collaboration interprofessionnelle identifiés par les professionnels lors des discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique.

La rigueur méthodologique est assurée par la mise en place des stratégies suivantes : constante veille afin que chaque participant puisse s'exprimer et valider de manière continue sa compréhension des propos retenus; engagement suffisamment long des membres de l'équipe; méthodologie utilisée et milieu de recherche décrits de façon détaillée; implication de la directrice de thèse pour validation constante du processus d'analyse; validation de l'analyse des données avec l'ensemble des professionnels à la fin du processus de collecte de données; plusieurs sources de collecte de données pour assurer la triangulation (Lincoln et Guba, 1985). Enfin, la recherche respecte le code des comités d'éthique et de recherche du Centre hospitalier et celui de l'Université de Sherbrooke.

RÉSULTATS

Trois thèmes traduisent la pratique de collaboration interprofessionnelle de l'équipe participante lors de leurs discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique : l'engagement, les interactions et le contexte de pratique. Huit indicateurs sont associés à ces thèmes. Cette section expose les thèmes et les indicateurs favorisant ou faisant obstacle à la collaboration interprofessionnelle. Les indicateurs sont illustrés à l'aide de vignettes témoignant de l'expérience des participants. La mise en évidence des indicateurs sur le travail de l'équipe est ensuite abordée.

Thèmes et indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle

L'engagement

L'engagement correspond à la façon dont les professionnels s'engagent dans la discussion et se manifeste par les comportements suivants : prendre la parole pour transmettre des informations concernant la situation discutée, partager une réflexion quant au choix d'une intervention et son impact, proposer une piste d'intervention qui cherche à rallier les professionnels et inviter au développement d'idées en posant des questions. Écouter l'opinion des autres même lorsqu'elle diffère sensiblement de la leur constitue aussi un comportement d'engagement. Deux indicateurs sont associés à l'engagement; l'un le favorise, et l'autre y nuit.

Lorsque l'objectif de la discussion est clair et orienté vers les besoins du patient, les professionnels s'engagent dans la discussion en prenant la parole à tour de rôle et en s'écoutant mutuellement. Leurs ressources sont alors mises à la disposition de l'équipe pour chercher à résoudre l'impasse thérapeutique rencontrée. Cet indicateur s'observe lors d'une discussion concernant un enfant récemment hospitalisé. L'objectif de la discussion, qui est de comprendre la problématique de l'enfant, est clair pour tous les professionnels présents. L'impasse thérapeutique est suscitée par la perception qu'ont les professionnels du diagnostic de l'enfant. Certains parlent d'un trouble neuro-développemental, alors que d'autres parlent de difficultés d'ordre affectif. Malgré ces différences, ils prennent la parole pour donner leur opinion, appuyer celle d'un autre ou encore suggérer une direction à l'intervention.

Faisant le lien avec ce qui a été dit précédemment par Thomas² au sujet du diagnostic de l'enfant³, Émile partage ses observations en mettant en évidence celles qui ne corroborent pas l'hypothèse de Thomas. Avant d'intervenir, Laurent encourage Émile à compléter sa lecture de la situation. Thomas reprend alors les observations d'Émile à partir d'arguments qui viennent appuyer sa propre hypothèse diagnostique. Sandrine et Ève partagent alors leurs observations, qui viennent appuyer à la fois certains éléments de l'hypothèse diagnostique de Thomas et celle d'Émile. Ensuite, Thomas s'interroge ouvertement sur la possibilité que l'équipe puisse intervenir avec l'enfant afin de vérifier son hypothèse diagnostique. Laurent reprend la suggestion de Thomas et propose une façon d'intervenir qui permettrait de vérifier l'hypothèse de Thomas. Il sollicite ensuite directement Émile afin de vérifier s'il adhère à cette proposition, s'assurant qu'il est d'accord à participer aux actions visant à vérifier l'hypothèse. Émile et les autres professionnels manifestent de façon verbale et non verbale leur accord d'aller dans cette direction, prenant en note l'orientation proposée.

Cette séquence corrobore les propos de Careau, Vincent et Swaine (2011) recueillis auprès de six experts en collaboration interprofessionnelle du Québec, qui affirment que la collaboration interprofessionnelle est possible lorsque des professionnels interagissent de manière à élaborer une vision commune d'une situation problématique et un plan d'intervention centré sur les besoins du patient. Hesjedal, Hetland et Iversen (2015) arrivent aux mêmes conclusions lors d'une étude qualitative réalisée en Norvège avec 13 professionnels, enseignants et travailleurs sociaux intervenant auprès d'enfants dont les problématiques nécessitent une intervention multidisciplinaire, à savoir que la présence d'objectifs communs centrés sur les besoins de l'enfant favorise le travail de collaboration interprofessionnelle. Sidani et Fox (2014) attestent aussi que les interventions visant la promotion des soins centrés sur le patient sont les plus susceptibles de rallier l'ensemble des professionnels d'une équipe.

L'indicateur qui nuit à l'engagement lors d'une situation d'impasse thérapeutique est l'absence d'un objectif clairement identifié. Cela ouvre la voie aux manifestations d'allégeances autres que celle orientée vers les besoins du patient. Les professionnels ont alors tendance à défendre leur allégeance respective plutôt que d'être à l'écoute de l'expérience suscitée par l'impasse thérapeutique, la leur et celles des autres. Les échanges entre les participants se dispersent dans différentes directions les empêchant de porter un regard sur leur conversation thérapeutique à propos du patient.

² Les noms des participants ont été remplacés par des noms fictifs afin de préserver leur anonymat.

³ Le recours au genre masculin pour désigner tous les patients vise à empêcher leur identification.

Cet indicateur s'observe lors d'une discussion où il est question d'un enfant dont les effets des interventions réalisées ne produisent pas les résultats attendus par les partenaires du milieu externe. Les professionnels de la clinique et les acteurs externes n'ont pas la même perception de l'évolution de l'enfant. Les professionnels disent observer une évolution positive chez l'enfant, alors que les parents et les professionnels du milieu scolaire attestent que l'enfant manifeste toujours de grandes difficultés dans la gestion de son anxiété. Certains professionnels pensent que l'enfant doit réintégrer son milieu de vie, alors que ceux qui continueront de travailler avec les partenaires du milieu externe manifestent des inquiétudes.

Judy, qui suivra l'enfant après l'hospitalisation, transmet les préoccupations communiquées par la mère. Ensuite, elle dit rapidement et sur un ton léger avoir partagé ses propres inquiétudes concernant l'évolution de l'enfant à un médecin travaillant dans un autre département. Sur un ton plus sérieux, elle insiste sur les progrès réalisés par l'enfant. Les informations qu'elle communique sont accueillies par les rires de quelques professionnels, rires peu compréhensibles en regard du sérieux des propos de Judy. Laurent soutient alors Judy en ajoutant que les observations de la mère témoignent du fait que l'enfant connaît toujours des difficultés importantes, malgré les progrès observés à l'unité. Personne ne commente cette opinion. Laurent revient alors sur les apports positifs de l'hospitalisation de l'enfant. Sandrine soulève ensuite des constats contradictoires : le maintien des symptômes d'anxiété chez l'enfant et le maintien d'une orientation visant le retour de l'enfant dans son milieu. Judy et Ève parlent de leur colère envers le milieu scolaire, car les intervenants prennent des décisions concernant le cheminement de l'enfant sans avoir consulté les professionnels de la clinique. Elles croient que l'anxiété que manifeste l'enfant est davantage liée à l'attitude des intervenants du milieu scolaire plutôt qu'à ses difficultés. Sandrine ne revient pas sur ses constats contradictoires. L'échange, pendant lequel plusieurs demeurent silencieux, se poursuit sur les insatisfactions concernant le manque de collaboration du milieu scolaire.

Dans la séquence, l'objectif de la discussion n'est pas clairement identifié ou n'est pas perçu de la même façon par les professionnels. Cela les amène à donner leur opinion sur un aspect de la situation qui les préoccupe particulièrement, sans toutefois être très à l'écoute de leur expérience liée à l'impasse thérapeutique ou de celle des autres. Ils défendent leur allégeance respective plutôt que de chercher à résoudre l'impasse thérapeutique suscitée par les commentaires des acteurs externes attestant que les interventions ne donnent pas les résultats attendus. Judy semble partagée entre le désir de maintenir l'alliance avec ses collègues et ses inquiétudes associées au fait qu'elle poursuivra le traitement de l'enfant avec les acteurs du milieu externe. Laurent et Sandrine semblent vouloir offrir un soutien à Judy et, en même temps, ne pas vouloir s'éloigner de la position des membres de l'équipe. Le silence de Sandrine et celui des autres témoignent d'un inconfort (colère ou désengagement). Chacun est préoccupé par sa propre réalité, faisant en sorte qu'il est difficile d'identifier un objectif commun centré sur les

besoins de l'enfant. Cette séquence soutient les données de Gotlib Conn, Oandasan, Creede, Jakubovicz et Wilson (2010) qui identifient clairement l'absence d'objectif commun comme une barrière importante à la collaboration interprofessionnelle dans les équipes offrant des soins en santé. D'Amour et al. (2008) affirment aussi qu'il est difficile, voire impossible pour des professionnels aux prises avec des allégeances différentes de mettre en commun leurs ressources. Une organisation de travail où les professionnels partagent peu ou pas d'objectifs communs favorise l'émergence d'une prestation de services où il y a peu de coordination, chacun travaillant en parallèle et poursuivant ses propres objectifs (Sicotte et al., 2002).

Les interactions

Les interactions réfèrent à la manière dont les professionnels témoignent de leur interdépendance. Cela s'observe lorsqu'un professionnel signale l'impact d'un comportement d'un autre collègue sur la participation des autres professionnels, souligne l'aide qu'un membre de l'équipe lui apporte ou l'influence qu'il a sur sa réflexion, valorise une proposition faite par un autre, encourage un collègue qui hésite à donner son opinion et se préoccupe de l'impact de ses paroles sur le bien-être des autres.

Deux indicateurs caractérisent ce thème : la connaissance que les professionnels ont les uns des autres et la confiance qu'ils se manifestent réciproquement. La connaissance que les professionnels ont les uns des autres réfère à la connaissance qu'ils ont de l'approche de soins de leurs collègues, des valeurs qu'ils soutiennent et de ce qu'ils peuvent attendre les uns des autres lors des moments de crise et d'impasse thérapeutique. La confiance réciproque touche à la confiance dans les compétences de leurs collègues quant à leur capacité d'assumer leurs responsabilités professionnelles. La présence de ces deux indicateurs permet aux professionnels de se sentir en sécurité pour parler de façon constructive de l'impasse thérapeutique rencontrée et de tenir compte de leur interdépendance dans la recherche des solutions.

Ces indicateurs s'observent lors d'une discussion concernant un enfant qui présente une évolution positive sur le plan clinique, alors que la mère anticipe avec beaucoup d'anxiété le moment où elle reprendra l'enfant en charge. L'impasse thérapeutique est suscitée par des prises de position différentes

quant à la suite des interventions à réaliser dans la situation. Certains croient que l'enfant doit demeurer hospitalisé, tandis que d'autres croient que le maintien de l'hospitalisation nuira à son évolution. Malgré ces différentes positions, les professionnels poursuivent leur échange de manière à souligner ce qui les relie les uns aux autres, tout en élaborant un plan d'action qui tient compte de leur contribution respective.

Judy se dit préoccupée par les réactions de la mère à propos de la décision de mettre fin à l'hospitalisation de l'enfant. Laurent, sur un ton conciliant, dit partager la perception de Judy, mais croire que l'équipe aura le temps de travailler la difficulté avec la mère. Prenant le même ton conciliant, Sandrine se dit en accord avec la perception de Laurent. Judy sourit; elle semble rassurée par les propos de Laurent et Sandrine. Sandrine s'adresse ensuite à Ève pour lui signifier que l'argument qu'elle a apporté plus tôt a beaucoup contribué à la rassurer quant à la décision de mettre fin à l'hospitalisation. Ève acquiesce par un signe de tête qui laisse supposer qu'elle apprécie le commentaire de Sandrine. Laurent se tourne ensuite vers Félix qui a fait, plus tôt, une suggestion d'activités visant à aider l'enfant à visualiser la fin de son hospitalisation. Il dit trouver l'idée intéressante et pertinente dans la situation. Sandrine s'interroge sur l'impact que pourrait avoir l'anxiété de la mère sur la réussite du retour de l'enfant dans son milieu. Laurent se montre intéressé à la question de Sandrine, qui l'amène à revoir sa façon d'intervenir avec la mère. Il réalise qu'il pourrait prendre soin de la mère en lui nommant clairement les préoccupations identifiées par l'équipe. Il se retourne ensuite vers Rémi, qui l'écoute attentivement, et il lui dit qu'il reparlera aussi avec la mère du fait qu'elle lui a téléphoné pour lui parler de sa détresse. Enfin, Alexandre dit qu'il pourra lui aussi contribuer à l'intervention en abordant avec l'enfant la fin de son hospitalisation. Tous démontrent verbalement et non verbalement leur intérêt à participer à l'intervention.

Le succès d'une équipe n'est pas seulement fonction des talents des membres de l'équipe et des ressources disponibles; la réalisation avec succès de leurs tâches dépend aussi des processus d'interactions entre les membres (Marks, Mathieu, & Zaccaro, 2001). La connaissance des rôles et des responsabilités de chaque professionnel et la confiance dans les compétences professionnelles des uns et des autres sont des conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2008; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015).

Le contexte de pratique

Le contexte de pratique se rapporte au contexte dans lequel la collaboration interprofessionnelle des professionnels est exercée. Il est décrit à partir des dispositifs mis en place pour faciliter la communication entre les professionnels, favoriser le partage d'objectifs de travail communs, maintenir l'engagement des professionnels dans la discussion et entretenir un climat favorable aux interactions entre les membres.

Quatre indicateurs sont associés au contexte de pratique, dont trois favorisent une pratique de collaboration interprofessionnelle, et un y nuit. L'adoption par les professionnels d'un cadre théorique partagé, la reconnaissance d'une zone spécifique d'expertise à chacun et l'instauration d'un leadership orienté vers la collaboration favorisent la mise en place d'un contexte qui facilite la collaboration. Lorsqu'ils utilisent un même référent théorique pour décrire une situation vécue, ils arrivent à mieux se comprendre lors de l'échange concernant celle-ci. La reconnaissance d'une zone spécifique d'expertise à chacun encourage leur contribution unique dans un rôle actif pour résoudre l'impasse thérapeutique. Enfin, la mise en place d'un leadership orienté vers la collaboration encourage la cohésion du groupe autant en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle qu'à sa mobilisation vers la recherche de solutions pour résoudre l'impasse thérapeutique rencontrée.

Ces indicateurs s'observent lors d'une discussion portant sur un jeune hospitalisé pour des idées suicidaires. Les professionnels parlent d'une lettre que le père a laissée lors de son propre suicide et de la nécessité d'aborder le contenu de la lettre avec le jeune. L'impasse thérapeutique est suscitée par la difficulté qu'éprouvent les professionnels à aborder le sujet avec le jeune, et ce, malgré la décision prise en équipe de mener cette intervention.

Sandrine explique l'impasse thérapeutique dans laquelle se trouve l'équipe : malgré la décision prise d'accompagner le jeune dans la lecture de la lettre, les professionnels ont de la difficulté à la mettre en action et ils ont tendance à refiler la tâche au quart de travail suivant. Rémi et Ève disent qu'ils n'ont pas réussi à aborder le sujet avec le jeune parce qu'il le refuse. Judy se reporte alors au cadre théorique que l'équipe s'est antérieurement donné et dit avoir l'impression que ce qui se joue actuellement au sein de l'équipe ressemble à l'ambivalence que vit le jeune. Celui-ci veut, à certains moments, lire la lettre, et s'y oppose lorsque l'occasion se présente, ce qui ressemble un peu à ce que font les membres de l'équipe. Elle dit croire que le jeune peut légitimement avoir peur du contenu de la lettre. Elle demande ensuite s'ils ont lu la lettre. Rémi et Félix disent l'avoir lue et craindre que la lettre vienne envenimer la relation mère-fils, compte tenu de son caractère accusateur envers la mère. Laurent reconnaît que l'implication de Rémi et Félix auprès de l'enfant est plus grande que la sienne et que cela donne du poids à leurs craintes. Il revient ensuite au cadre théorique en soulignant qu'il croit que la lettre pourrait effectivement éveiller l'agressivité entre la mère et le fils, mais que sa lecture pourrait aussi permettre de la traiter avant son retour à la maison. Félix met en doute la capacité de la mère d'être à l'écoute des besoins de son fils malgré le fait qu'il soit capable de s'exprimer adéquatement. Alexandre, pour sa part, s'inquiète des capacités du jeune à reconnaître les émotions suscitées par la lecture de la lettre. Le jeune lui a dit qu'il connaissait le contenu de la lettre et qu'il ne voulait pas la lire devant un professionnel qui chercherait ensuite à l'analyser. En se référant au cadre théorique, Laurent dit avoir l'impression que le jeune se comporte avec l'équipe comme il le fait avec sa mère, en prenant un rôle d'autorité. Il propose alors à l'équipe d'aborder la situation avec le jeune en essayant de se placer dans leur rôle d'adulte ayant les capacités de se donner les conditions nécessaires pour la lecture de la lettre. Il rappelle qu'il est important de reconnaître que le jeune

appréhende la lecture de la lettre et qu'ils seront présents pour l'aider à traverser cette épreuve, même si la situation est difficile pour eux.

L'importance d'un cadre théorique est soulignée par certains chercheurs. Parmi eux, Gardner, Scott et AbdelFattah (2016), dans leur recherche réalisée auprès de 30 médecins résidents qui participaient à des simulations d'intervention en équipe dans une clinique d'urgence, indiquent que les équipes partageant un modèle théorique commun obtiennent de meilleures performances. McComb et Simpson (2014) vont dans le même sens, affirmant que l'existence d'un modèle théorique offre une structure de connaissances aux équipes et les aide à mieux collaborer. Lorsque les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe sont clairement identifiés, il devient plus facile pour les professionnels de différentes disciplines de mieux collaborer les uns avec les autres, de coordonner leur travail de manière à réduire les duplications et les omissions des services et d'offrir une prestation plus efficace des soins; c'est la conclusion à laquelle arrivent Sims, Hewitt et Harris (2015) lorsqu'ils s'intéressent aux processus sous-jacents au travail d'équipe interprofessionnelle. Beckett et al. (2013), dans le cadre d'une recherche-action réalisée dans un département de santé mentale en Australie, concluent que le leadership qui encourage le développement d'équipes orientées vers des visions communes et des objectifs communs, guidé par des valeurs de respect et de collégialité, est associé à l'amélioration des performances des équipes ainsi qu'au bien-être de leurs membres.

L'indicateur associé au contexte de pratique qui nuit à la collaboration interprofessionnelle est lié à l'animation de la réunion clinique. Lorsque l'animation ne permet pas aux membres de nommer et de réguler leurs réactions émotives suscitées lors des interactions avec les autres, les réactions retenues les empêchent d'être complètement disponibles pour participer et s'engager librement. Les réactions retenues viennent ainsi teinter les interactions, rendant difficile la résolution de l'impasse thérapeutique.

Cet indicateur s'observe lors d'une discussion concernant une impasse thérapeutique suscitée par des sentiments d'impuissance éveillés chez des professionnels par les comportements d'un enfant. Exceptionnellement, tous les professionnels de la clinique sont présents à la réunion. L'enfant dont il est question a de grandes difficultés à être en relation avec les enfants de l'unité et avec les professionnels. Il

alterne entre des comportements agressifs (insulte, repousse, frappe, etc.) et de détresse (s'isole, pleure, etc.). Un professionnel a été blessé la veille de la réunion. Il existe un différend dans la perception des professionnels. Certains croient que les difficultés de l'enfant sont d'une telle ampleur qu'il est difficile, voire impossible de faire des interventions qui favoriseront son évolution clinique. D'autres pensent, au contraire, qu'il est encore possible de mener de telles interventions qui aideraient l'enfant à développer une meilleure gestion de ses émotions, suggérant qu'ils peuvent encore en faire plus pour l'aider. Les comportements non verbaux des professionnels témoignent d'un inconfort important pendant la discussion.

S'adressant aux professionnels, Thomas se demande s'il n'y a pas lieu de modifier les stratégies d'intervention utilisées avec l'enfant. Il croit que les professionnels devraient essayer d'intervenir avant que les comportements deviennent trop agressifs. Les visages de Julien, Félix et Ève demeurent impassibles devant la proposition. Thomas termine sa lecture de la situation sans tenir compte de leur absence de réaction. Judy se retourne ensuite vers les autres professionnels et leur demande s'ils sont en accord ou non avec la suggestion de Thomas. Félix acquiesce timidement, mais rapidement, Julien, Ève et lui évoquent le manque de collaboration de l'enfant. Rémi déclare qu'il est en accord avec l'idée de Thomas d'essayer d'intervenir avec l'enfant avant le déclenchement de sa crise, mais il ajoute que ce n'est pas toujours possible, compte tenu de la vitesse avec laquelle arrivent les gestes agressifs. Personne ne réagit à l'intervention de Rémi. Judy propose alors qu'une entente soit faite avec l'enfant pour convenir d'une façon de faire lorsqu'on s'aperçoit que la crise approche. Puis, elle demande aux professionnels si cette stratégie a déjà été essayée. Julien, Félix et Ève donnent des exemples démontrant qu'ils l'ont déjà essayée et qu'elle n'a pas fonctionné. Certains professionnels rient sans que l'on comprenne pourquoi. Laurent donne une explication théorique du comportement de l'enfant, insistant sur l'importance d'ajuster l'intervention en fonction des besoins de l'enfant. Les visages de Julien, Ève et Félix restent fermés. Quatre professionnels gardent le silence pendant la durée de l'échange.

Il y a, selon Toegel et Barsoux (2016), de grands bénéfices à s'occuper rapidement des situations potentiellement conflictuelles; cela évite que le conflit prenne de l'ampleur, favorise une plus grande participation des membres à la discussion, améliore la recherche de solution et permet une meilleure prise de décision. Les procédés d'animation correspondent à un ensemble de comportements dont certains contribuent spécifiquement à éviter ou à gérer les situations qui font obstacle aux échanges entre les membres d'une équipe (St-Arnaud, 2008). En aidant à extérioriser les émotions et à objectiver les interventions, ces procédés (donner la parole, susciter ou réfréner la participation, sensibiliser au temps, reformuler, faire un résumé, expliciter, etc.) facilitent les interactions entre les membres, leur permettant de se recentrer sur leurs cibles de travail (St-Arnaud).

Impact de la recherche sur le travail de l'équipe

Trois impacts de la recherche-action sont observés au terme de la démarche : une prise de position pour la collaboration interprofessionnelle, une plus grande capacité de l'équipe à réfléchir sur son action et une meilleure organisation de son temps en réunion.

Prise de position pour la collaboration interprofessionnelle

L'aval rapidement obtenu des deux pédopsychiatres pour participer à une recherche-action impliquant des cycles d'actions et de réflexions suggère l'existence d'un certain leadership orienté vers une pratique de collaboration interprofessionnelle. Il est possible de supposer que ces personnes, consciemment ou non, adhèrent à l'idée que la collaboration interprofessionnelle nécessite un processus complémentaire d'apprentissage pour prendre racine. Leur ouverture a permis de créer de nouveaux espaces de dialogue permettant aux membres de l'équipe d'examiner leur pratique de collaboration pour construire sur cette pratique. Ces espaces de dialogue leur ont permis de continuer leur construction de liens dont l'importance est soulignée par D'Amour et al. (2008). Ayant expérimenté une démarche où des professionnels sont invités à partager l'expérience de leurs interactions avec les patients et avec le personnel, Hern, Talen, Babiuch, et Durazo-Arvizu (2009) corroborent l'importance d'offrir aux professionnels des opportunités de développer leurs aptitudes à communiquer leur expérience et leurs aptitudes de résolution de problèmes afin qu'ils en arrivent à mieux comprendre ce qu'ils vivent dans leurs relations avec les clients et les collègues, et à consolider leur sentiment de cohésion.

Réflexion sur l'action

La capacité des professionnels de porter un regard sur l'action dans le cadre de la recherche nécessite une période d'apprentissage. L'utilisation de l'incident critique, en les invitant rapidement à devenir observateurs de leurs actions lors de courtes séquences, leur permet de porter attention aux actions posées, d'évaluer ces actions et de chercher des interventions pouvant encore mieux répondre à leurs objectifs. Ils sont ainsi invités à demeurer centrés sur leurs interactions lors de séquences et à se poser les questions suivantes : « Est-ce que les interventions observées lors de l'échange nous permettent d'atteindre l'objectif? »; « Est-ce que les interactions observées entre les professionnels nous permettent

d'avoir accès à l'expertise de chacun? »; « Est-ce que le déroulement des échanges contribue à entretenir des relations constructives entre les professionnels? ». Ils constatent rapidement que la démarche stimule une réflexion constructive quant à leur façon de travailler en équipe. L'apport de la chercheuse, comme membre externe et neutre, les aide à demeurer centrés sur leur action et à apprendre de cette action. Ils acceptent de se laisser guider à travers les cycles répétitifs d'actions et de réflexions. Réfléchir ensemble et de façon structurée sur leur fonctionnement en équipe lors de discussions cliniques sujettes à une impasse thérapeutique rend possible l'ajustement de leurs pratiques et favorise le travail de collaboration (Reeves & Lewin, 2004).

Organisation du temps en réunion

À travers la répétition des cycles d'actions et de réflexions, les professionnels ont l'occasion d'observer certaines difficultés sur le plan de l'animation des discussions sujettes à une impasse thérapeutique. Ils reviennent, à quelques reprises, sur des décisions prises lors des réunions cliniques et sur leur mise en œuvre pour constater qu'ils ont rarement le temps de préciser l'orientation des prochaines interventions et les responsabilités de chacun. Lors du cinquième cycle d'actions et de réflexions, ils conviennent d'une stratégie (installation d'une affiche sur laquelle il est inscrit « Qui fait quoi ») comme rappel visuel pendant la réunion. Cette stratégie pallie partiellement les difficultés d'animation liées à l'organisation du temps. De telles stratégies de suppléance peuvent faciliter la gestion des échanges et répondre aux besoins des membres de « suivre une démarche cohérente et satisfaisante » (St-Arnaud, 2008). Les outils de formalisation sont un moyen efficace de clarifier et négocier le partage des responsabilités des membres de l'équipe (D'Amour et al., 2008).

DISCUSSION

L'analyse a permis d'identifier six indicateurs de la collaboration interprofessionnelle ayant une influence positive sur leur processus de collaboration, soit la présence d'un objectif clair orienté vers les besoins du patient, la connaissance que les professionnels ont les uns des autres, la confiance réciproque, l'adoption par les professionnels d'un cadre théorique partagé, la reconnaissance d'une zone spécifique d'expertise à chacun des membres de l'équipe et un leadership orienté vers la collaboration.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par d'autres chercheurs. La présence d'un objectif clair et centré sur les besoins du patient pour favoriser la collaboration entre les professionnels a été soulignée par Grumbach et Bodenheimer (2004), Hesjedal et al. (2015), ainsi que par Sidani et Fox (2014). Andvig, Syse et Severinsson (2014) signalent l'importance pour les professionnels de se connaître les uns les autres, tandis que McInnes et al. (2015) et Zwarenstein et Reeves (2006) mettent de l'avant les conséquences positives de l'existence d'une confiance réciproque entre les professionnels. D'autres auteurs, dont Gardner et al. (2016) et McComb et Simpson (2014), font une association entre l'utilisation d'un modèle théorique partagé et la collaboration dans des équipes de professionnels, alors que l'importance d'identifier clairement les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe afin de faciliter le partage des tâches a été soulignée par Sims et al. (2015) et Suter et al. (2009). Quant à Morgan, Pullon et McKinlay (2015) et Ødegard et Strype (2009), ils insistent sur l'importance d'un leadership orienté vers la collaboration.

L'analyse met aussi en évidence deux indicateurs faisant obstacle au processus de collaboration interprofessionnelle : l'absence d'un objectif de travail clairement identifié et les difficultés d'animation. Ces obstacles à la collaboration interprofessionnelle font également écho aux résultats obtenus par d'autres auteurs. L'absence d'un objectif commun est reconnue comme étant une barrière importante à la collaboration (Gotlib Conn et al., 2010; D'Amour et al., 2008; Sicotte et al., 2002). Le manque ou l'absence de procédés d'animation lors des réunions d'équipe ayant un effet négatif sur la participation et l'engagement des professionnels dans les discussions a été souligné par Careau et al. (2011) ainsi que par Washington et al. (2017).

Enfin, l'analyse démontre que la mise en évidence des indicateurs de collaboration interprofessionnelle pendant le déroulement de la recherche a eu des impacts sur la résolution des impasses thérapeutiques au sein de l'équipe. Dès le début, les professionnels reconnaissent vivre des impasses thérapeutiques dans leurs interventions et ils souhaitent améliorer leur façon de travailler ensemble afin d'élargir l'éventail de leurs stratégies et, ainsi, de mieux gérer les impasses thérapeutiques rencontrées. Il est généralement admis que l'impasse thérapeutique émerge à partir de deux sources principales : 1) les caractéristiques

pathologiques du patient et leurs effets sur le déroulement de la thérapie et l'établissement de l'alliance thérapeutique, et 2) la manière dont le thérapeute y réagit (Bessette, 2010). La recherche-action a ramené à l'avant-plan l'existence d'une troisième source de l'impasse thérapeutique, soit celle qui prend racine au sein même du travail en équipe. Les tâches d'évaluation et de traitement en clinique de pédopsychiatrie impliquent des interactions d'interdépendance et d'interinfluence entre des professionnels ayant des expertises différentes (Fleury & Grenier, 2012). Les impasses thérapeutiques apparaissent lorsque ces derniers doivent poser un diagnostic multidisciplinaire et qu'ils n'arrivent plus à faire consensus. Elles font aussi surface lorsque plusieurs professionnels impliqués dans l'intervention auprès du patient ne parviennent pas à adopter une orientation commune quant aux services à offrir. Ces observations vont dans le sens des résultats obtenus par Molin, Graneheim, Ringner et Lindgren (2016) lors de leur recherche réalisée dans huit cliniques de soins psychiatriques en Suède, dont l'objectif était d'explorer les processus vécus au quotidien par le personnel qui y travaille. Les résultats démontrent que le personnel, lorsqu'il rencontre des obstacles dans la mise en place du travail de collaboration, devient incapable d'intervenir et s'éloigne des patients et des collègues. Dans la présente étude, une fois l'impasse thérapeutique identifiée, il devient possible pour les professionnels d'envisager des solutions en ciblant l'indicateur faisant obstacle à la collaboration interprofessionnelle. Ils cernent ce qui leur permet de mieux soutenir l'engagement des professionnels dans les discussions et de tenir compte de leur interdépendance. L'étude illustre comment une équipe, à partir de cycles d'actions et de réflexions, développe une meilleure pratique de collaboration et parvient à dénouer ses impasses thérapeutiques. Bouchard (2010) reconnaît qu'en contexte de travail d'équipe, les solutions aux impasses thérapeutiques émergent souvent des questionnements concernant la façon de travailler ensemble.

L'étude apporte un appui à certaines recherches qui ont souligné l'importance des relations entre les individus comme un facteur pouvant influencer l'action collective dans le milieu de la santé (Tomizawa, Shigeta, & Reeves, 2017). Toutefois, il a également été mis en évidence lors de la recherche que les bonnes relations entre les individus ne sont pas suffisantes à la mise en place d'une pratique de collaboration lors des discussions sujettes aux impasses thérapeutiques. Le contexte de pratique est un facteur important dont il faut tenir compte pour offrir des moyens concrets (cadre théorique partagé,

reconnaissance de zones spécifiques d'expertise, leadership orienté vers la collaboration, procédés d'animation en réunion) afin de soutenir les professionnels dans leur engagement dans la discussion et leur interdépendance.

Forces et limites de la recherche

La recherche-action participative menée avec une équipe en clinique de pédopsychiatrie et portant sur la collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques présente un caractère original. En effet, s'il existe des études s'étant intéressées à la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne (Duclos, Lebeau, & Guay, 2013; Morgan et al., 2015) et entre les organisations (Fleury & Grenier, 2012; Fuller et al., 2011b; Nadeau et al., 2012), aucune, à notre connaissance, ne s'est intéressée aux équipes cliniques en pédopsychiatrie en utilisant une modalité de recherche-action participative. Sur le plan méthodologique, la collaboration entre la chercheuse et les professionnels s'est avérée une stratégie gagnante qui a favorisé la production de connaissances pratiques et utiles permettant à l'équipe de professionnels de faire des changements dans leur fonctionnement en réunion clinique. Enfin, l'utilisation de l'incident critique, malgré son caractère confrontant, a donné accès à ce qui se vit réellement pendant ces réunions. En observant leur façon de travailler ensemble, les professionnels ont pu voir concrètement comment certains indicateurs peuvent ou non les soutenir dans leur collaboration interprofessionnelle. Les choix méthodologiques établissent aussi certaines limites, dans cette étude : tout d'abord, comme elle s'est penchée sur l'expérience d'une équipe de professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie, ses résultats sont uniquement transférables à une population ayant des similitudes avec les participants à la recherche. La seconde limite concerne la participation des professionnels qui n'a pas été constante tout au long du processus pour les raisons évoquées précédemment. En effet, les professionnels participant aux réunions cliniques et aux périodes de réflexion n'étaient pas nécessairement les mêmes d'un cycle à l'autre. Cette situation a eu une incidence sur la profondeur des réflexions : les nouveaux arrivants n'ayant pas nécessairement atteint le même niveau quant à leur capacité à porter attention aux actions et à réfléchir sur ces actions, et le processus de réflexion en équipe nécessitant la mise en place d'un certain climat de confiance entre

participants, l'arrivée de nouveaux professionnels impliquait de travailler à reconstruire ce climat à chacun des cycles.

Implications pour la pratique clinique et recherches futures

Cette recherche met de l'avant la possibilité que le cheminement thérapeutique d'un patient soit influencé négativement lorsque les professionnels interdépendants d'une clinique de pédopsychiatrie rencontrent des difficultés à structurer leur action collective afin de répondre à ses besoins. Les obstacles à l'évolution positive du patient engendrent des coûts sociaux, psychologiques et financiers considérables (Cappelli & Léon, 2017). Ce constat rappelle donc la nécessité pour les praticiens et gestionnaires de mettre en place des moyens permettant l'implantation d'une réelle pratique de collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie. La recherche souligne également l'impact positif que peut avoir la mise en place de lieux et d'espace-temps permettant aux professionnels de réfléchir ensemble sur leur pratique de collaboration, tant en ce qui a trait au déploiement d'une telle pratique que pour la résolution des impasses thérapeutiques qu'ils peuvent rencontrer.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie mériterait d'être davantage explorée dans d'autres recherches. Si l'engagement des professionnels dans leur tâche à accomplir et la nécessité de tenir compte de leur interdépendance sont des facteurs favorables à la collaboration interprofessionnelle faisant généralement l'unanimité chez les chercheurs, il pourrait être intéressant d'examiner les contextes de pratique qui soutiennent le déploiement de ces facteurs ou encore d'examiner comment les mettre en place. Il demeure également pertinent d'explorer davantage la collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques rencontrées par les équipes. Ce type d'études gagnerait à s'échelonner sur une plus longue période de temps avec une plus grande stabilité des participants.

Références

- Andvig, E., Syse, J., & Severinsson, E. (2014). Interprofessional collaboration in the mental health services in Norway. *Nursing Research and Practice*, Article 849375, Repéré à <http://dx.doi.org/10.1155/2014/849375>
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006, novembre). Participatory action research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(10) 854-857.
- Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., & Pile, E. (2013). Practice what you preach : Developing person-centred culture in inpatient mental health settings through strengths-based, transformational leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 595-601. doi:10.3109/01612840.2013.790524
- Besette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : Quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Bordeleau, L., & LeBlanc, J. (2017). La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 229-243.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Cappelli, M., & Léon, S. L. (2017). Ouvrir la voie aux soins connectés : renforcer l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Repéré à http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/resource/politiques_soins_primaire.pdf
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 299-301. doi: 10.3109/13561820.2011.566649
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research : Explaining the diversity. *Human Relations*, 59(6), 783-814.
- Chou, F., Kwee, J., Buchanan, M., & Lees, R. (2016). Participatory critical incident technique : A participatory action research approach for counselling psychology. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(1), 51-74.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martín-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- Duclos, C., Lebeau, A., & Guay, M. (2013). Étude des modes d'organisation des équipes de première ligne en santé mentale jeunesse en Montérégie. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 61-80.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- Fradet, L. (2013). Quelle approche de synthèse des connaissances adopter pour faire un état des

lieux de la recherche-action participative en santé et services sociaux au Québec francophone? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 219-230.

- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011a). Effectiveness of service linkages in primary mental health care : A narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, 11:72. doi : 10.1186/1472-6963-11-72
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, ... Fragar, L. (2011b). Building effective service linkages in primary mental health care : A narrative review part 2. *BMC Health Services Research*, 11:66. doi: 10.1186/1472-6963-11-66.
- Gardner, A. K., Scott, D. J., & AbdelFattah, K R. (2016). Do great teams think alike? An examination of team mental models and their impact on team performance. *Surgery*. 161(5), 1203-1208. doi: 10.1016/j.surg.2016.11.010
- Gotlib Conn, L., Oandasan, I. F., Creede, C., Jakubovicz, D. et Wilson, L. (2010). Creating sustainable change in the interprofessional academic primary care setting : An appreciative inquiry approach. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(3), 284-300.
- Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary health care practice? *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1246-1251.
- Hern, T., Talen, M., Babiuch, C., & Durazo-Arvizu, R. (2009, septembre). Patient care management teams : Improving continuity, office efficiency, and teamwork in a residency clinic. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(1) 67-72. doi: 10.4300/01.01.0011
- Hesjedal, E., Hetland, H., & Iversen, A.C. (2015). Interprofessional collaboration : Self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child and Family Social Work*, 20(4), 437-445. doi:10.1111/cfs.12093
- Huxham, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas : How things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy Management*, 43(6), 1159-1175.
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., ... Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research : Implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346.
- Lesinskiene, S., Senina, J., & Ranceva, N. (2007). Use of the HoNOSCA scale in the teamwork of inpatient child psychiatry unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 727-733.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E., G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif : Sage.
- MacDonald, C. (2012). Understanding participatory action research : A qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34-50.
- Manion, I. G. (2010). Provoking evolution in child and youth mental health in Canada. *Canadian Psychology*, 51(1), 50-57.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001), A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376.
- McComb, S., & Simpson, V. (2014). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479-1488. doi: 10.1111/jan.12307

- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985.
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 320(7228), 178- 181.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 2020 : Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/>
- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringner, A. & Lindgren, B.-M. (2016). From ideals to resignation – interprofessional teams perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 595-604. doi: 10.1111/jpm.12349
- Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(7), 1217–1230.
- Murray, S., Silver, I., Patel, D., Dupuis, M., Hayes, S. M., & Davis, D. (2008). Community group practices in Canada : Are they ready to reform their practice? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 73-78.
- Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, ... Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change : Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.
- Ødegard, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway, *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 286-296.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (Août 2014). *10 faits sur la santé mentale*. Repéré à http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Fr : Armand Colin.
- Rasic, D. (2010). Countertransference in child and adolescent psychiatry-a forgotten concept? *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (4), 249-254.
- Reeves, S., & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital : Strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225.
- Rober, P. (1999). Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale : quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion. *Thérapie Familiale*, 20(2), 131- 154.
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T., & Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.

- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991-1003.
- Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care : Clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (2), 134-41.
- Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams : A realist synthesis. *Journal of interprofessional care*, 29(1), 20-25. doi: 10.3109/13561820.2014.939745
- St-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes, participation et animation* (3e éd.). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1): 41-51.
- Toegel, G., & Barsoux, J.-L. (2016). How to Preempt Team Conflict. *Harvard Business Review*. 94(6), 78-83.
- Tomizawa, R., Shigeta, M., & Reeves, S. (2017). Framework development for the assessment of interprofessional teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 43-50. doi: 10.1080/13561820.2016.1233098
- Walker, J. (2015) Using Critical Incidents to Understand ESL Student Satisfaction. *TESL Canada Journal/Revue TESL du Canada*. 32(2), 95-111.
- Washington, K., Guo, Y., Albright, D.L., Lewis, A., Oliver, D.P., & Demiris, G. (2017). Team functioning in hospice interprofessional meetings : An exploratory study of providers' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 455-462. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1305950>
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration : where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 46-54.

Conclusion

Cette thèse s'est intéressée à l'effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. La motivation à réaliser cette étude émerge des interrogations éthiques suscitées par les expériences de travail de la chercheuse auprès d'une clientèle jeunesse. Dans le milieu de la santé, une pratique éthique aspire, entre autre, à agir conformément aux meilleurs intérêts du patient de manière à maximiser ses possibilités de rétablissement (Kaltiala-Heinoa & Eronenb, 2015). Dans cette perspective, fournir des soins de qualité à une population vulnérable telle que celle des enfants et adolescents qui consultent en pédopsychiatrie, devrait être une préoccupation pour l'ensemble des intervenants et gestionnaires. Toutefois, la réalité des soins offerts peut différer de ces attentes. Force est de constater que les traitements et stratégies de traitements reconnus comme étant les plus efficaces ne sont pas toujours disponibles pour les patients des cliniques de pédopsychiatrie (Koelch & Fegert, 2010).

La pratique de collaboration interprofessionnelle est un moyen d'utiliser les ressources accessibles pour un bénéfice maximal, sans l'interpellation de ressources supplémentaires (Goodwin, MacNaughton-Doucet, & Allan, 2016). Selon Goodwin et al., la collaboration interprofessionnelle est associée à une efficacité accrue des services de santé, un meilleur rapport coût-efficacité, une plus grande satisfaction et une

meilleure rétention du personnel, une amélioration des soins aux patients et la possibilité de bénéficier en équipe d'un perfectionnement professionnel amélioré. Par ailleurs, opter pour l'exercice d'une telle pratique en santé signifie de travailler en équipe autrement. L'exercice de cette pratique nécessite la présence d'un contexte favorable et le développement d'un savoir-agir chez les professionnels :

Au niveau systémique, les écrits scientifiques démontrent relativement bien qu'un environnement social non hiérarchisé et un système professionnel valorisant la contribution de toutes les disciplines favorisent la [pratique de collaboration interprofessionnelle] (...) Les environnements qui témoignent d'une forte culture de collaboration se caractérisent par la valorisation de principes et de valeurs fortement associés à la collaboration interprofessionnelle, ce qui incite les gestionnaires à encourager la collaboration interprofessionnelle et les professionnels à l'adopter comme une pratique à privilégier pour offrir des soins et des services de qualité. À cet égard, les politiques internes de reconnaissance ont davantage à être basées sur les résultats du groupe. Les ressources allouées en termes de temps, d'espace et de possibilité de formation, la proximité physique, la gestion efficace et rapide des conflits, ainsi que le soutien à l'innovation sont autant de conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle (...). Des compétences bien particulières sont [aussi] requises afin que les professionnels soient en mesure d'exercer une pratique de collaboration efficace et adéquate. En 2010, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) proposait un référentiel national de compétences décrivant les savoirs, les habiletés, les attitudes et les valeurs que tout professionnel devrait absolument acquérir ou maîtriser pour être un «bon collaborateur». Il inclut deux domaines (la communication interprofessionnelle et les soins et services centrés sur la personne, ses proches et la communauté) qui soutiennent les quatre autres domaines de compétence centraux (la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels). (Careau et al., 2014, p.17-18)

Bien que la collaboration interprofessionnelle soit considérée tant par les chercheurs que les responsables de l'élaboration des politiques en santé comme un élément qui contribue à l'obtention de résultats positifs (Fox & Reeves, 2015), la compréhension du concept de collaboration interprofessionnelle et son implantation dans le milieu de la

santé mentale jeunesse au Québec ne sont toujours pas acquises (Duclos, Lebeau, & Guay, 2013; Nadeau et al., 2012; Rousseau, Pontbriand, Nadeau, & Johnson-Lafleur, 2017). Les résultats obtenus suite à la mise en place depuis une vingtaine d'année de mesures favorisant la collaboration interprofessionnelle ne sont pas concluants. Les professionnels et les institutions ont encore tendance à travailler en vase clos malgré que le PASM de 2005-2010 ait encouragé le développement des soins axés sur la collaboration entre les professionnels et entre les institutions (Fleury & Grenier, 2012). La mise en place récente de la Loi 21, qui implique notamment le partage d'activités cliniques, semble aussi contribuer à rendre les limites interdisciplinaires floues (Bertrand, 2018). Enfin, l'importance que prend la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie (Manion, 2010) et le peu d'études s'étant intéressées à cette problématique particulière (Davies, Heyman, Godin, Shaw, & Reynolds, 2006; Lesinskiene, Senina, & Ranceva, 2007; Odegard & Strype, 2009; Sylva, Bath, Beer, Minami, & Engel, 2007) s'ajoutent aux constats précédents pour soutenir la pertinence de la recherche réalisée dans le cadre de cette thèse.

La présente thèse débute donc par une recension des écrits ciblant les indicateurs de la collaboration interprofessionnelle comme moyen pour dénouer les impasses thérapeutiques rencontrées par les professionnels en clinique de pédopsychiatrie. La recension des écrits, présentée dans le premier article, fait état des particularités de la clientèle qui reçoit des soins en clinique de pédopsychiatrie, de l'obligation pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec un ensemble d'acteurs gravitant

autour de la clientèle et des risques des impasses thérapeutiques. Enfin, le modèle de structuration de la collaboration examine des pistes de solution aux impasses thérapeutiques rencontrées.

La recension des écrits met de l'avant une plus grande reconnaissance des chercheurs quant à l'importance des indicateurs du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez et Pineault (2008) comme facteurs contribuant à l'établissement d'une pratique de collaboration interprofessionnelle. À titre d'exemples, l'importance de la promotion des soins centrés sur le patient (Sidani & Fox, 2014); l'établissement de tâches et de buts explicites pour une collaboration efficace (Reeves & Lewin, 2004); la présence de gestionnaires capables d'assumer un leadership fort vers la collaboration interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005); l'existence de possibilités de formation pour préparer les professionnels à ce type de pratique (Gocan, Laplante, & Woodend, 2014) et la création de lieux de discussion et de construction des liens afin de résoudre rapidement les problèmes de coordination, et finalement, de rendre possible l'ajustement des pratiques et soutenir le travail de collaboration (D'Amour et al., 2008).

Bien que ces indicateurs soient reconnus comme ayant un impact sur la collaboration interprofessionnelle, des questions quant à la façon dont se vit réellement la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie et quant à l'impact de

celle-ci sur la résolution des impasses thérapeutiques rencontrées par l'équipe mettent la table pour une recherche-action participative. Présentée dans le deuxième article, la RAP répond aux trois questions suivantes : comment des professionnels travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie construisent leur pratique de collaboration interprofessionnelle, quel est le contexte dans lequel se construit cette pratique et comment ils peuvent améliorer la résolution des impasses thérapeutiques en réfléchissant sur cette pratique de collaboration interprofessionnelle.

La figure 2 est un schéma représentatif des thèmes et des indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle ayant été identifiés lors des discussions de cas sujettes à une impasse thérapeutique pendant le déroulement de la RAP ainsi que l'impact de la mise en évidence de ces indicateurs sur le processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques. Les trois thèmes identifiés sont représentés par des formes ovales tandis que les huit indicateurs qui leur sont associés prennent la forme de carrés reliés par des flèches. Les symboles (+ et -) placés à l'intérieur de chaque carré indique si l'indicateur est favorable ou non à la collaboration interprofessionnelle. Les thèmes sont disposés de manière à mettre en évidence la fonction de soutien du thème « contexte de pratique » par rapport aux deux autres thèmes (engagement et interactions). Les formes et les flèches en pointillé désignent les incidences du processus de réflexion sur l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques dans l'équipe.

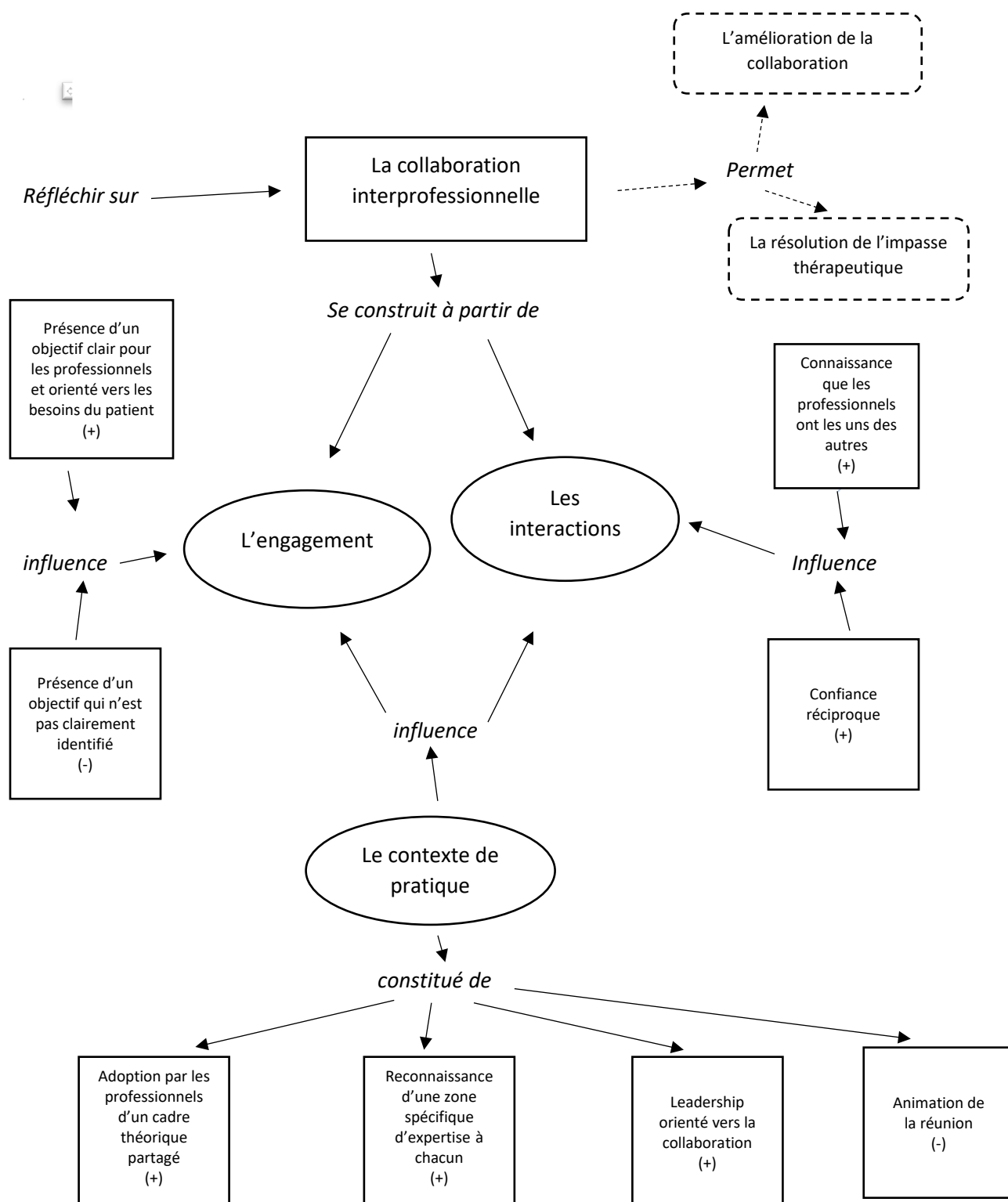


Figure 2. Schéma représentatif des thèmes et des indicateurs de collaboration interprofessionnelle identifiés et impact de la mise en évidence des indicateurs sur l'équipe

Les résultats de cette recherche apportent un appui aux recherches antérieures s'étant intéressées au processus de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, il a été possible d'observer comment l'engagement dans la discussion et l'attention portée aux interactions entre les professionnels, dans un contexte de réunion clinique, peuvent favoriser la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle. Les thèmes identifiés (engagement, interaction et contexte de pratique) et leurs indicateurs associés sont en cohérence avec les résultats obtenus par d'autres chercheurs (Contandriopoulos et al., 2015, Gocan et al., 2014; Légaré et al., 2010; Wood, Ohlsen, & Ricketts, 2017). La présence d'un objectif clair orienté vers les besoins du patient, la connaissance que les professionnels ont les uns des autres, la confiance réciproque, la reconnaissance d'une zone spécifique d'expertise à chacun des membres de l'équipe et un leadership orienté vers la collaboration sont parmi les indicateurs les plus souvent signalés.

Cette recherche-action participative a également ramené à l'avant plan la possibilité que l'impasse thérapeutique prenne racine au sein même du travail en équipe, au moment où les professionnels doivent poser un diagnostic multidisciplinaire et qu'ils n'arrivent plus à faire consensus ou encore lorsque plusieurs professionnels impliqués dans l'intervention auprès du patient ne parviennent pas à adopter une orientation commune quant aux services à offrir. Les séquences extraites des réunions cliniques lors de discussions sujettes à une impasse thérapeutique illustrent comment leurs difficultés de collaboration ont des incidences sur leur action professionnelle, soit l'identification

de la problématique vécue par le patient, la planification du plan de traitement ou encore les décisions concernant la fin d'une intervention. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études réalisées en santé physique (Roche, 2016; Thomson, Outram, Gilligan, & Levett-Jones, 2015) et en santé mentale (Tomizawa, Shigeta, & Reeves, 2017). Il a également été possible d'observer, dans le cadre de cette RAP, comment le contexte de pratique joue un rôle primordial pour soutenir ou non l'engagement des professionnels dans la discussion et porter une attention à leur interdépendance dans ce type d'impasse. Ces observations rappellent qu'une pratique collaborative n'émerge pas toujours spontanément et que des lieux de discussions autour des questions cliniques et organisationnelles, permettant de porter une attention au contexte de pratique, sont essentiels à sa mise en œuvre (Contandriopoulos et al., 2015, Gocan et al., 2014).

Le choix méthodologique de cette recherche, de par la mise en place de cycles d'actions et de réflexions inhérents à la démarche, a permis à l'équipe d'améliorer sa pratique de collaboration interprofessionnelle. La RAP a permis aux professionnels participants de continuer leur construction de liens dont l'importance est soulignée par D'Amour et al. (2008) et de stimuler une réflexion constructive quant à leur façon de travailler en équipe. À travers la répétition des cycles, les professionnels ont l'occasion d'observer certaines difficultés dans leur fonctionnement d'équipe lors des discussions sujettes à une impasse thérapeutique. Ils en viennent, après avoir observé à quelques reprises, l'une de leur difficulté, à convenir d'une stratégie pour se donner plus de temps afin de préciser l'orientation des interventions et les responsabilités de chacun. Au terme

de la démarche de recherche, les professionnels identifient trois indicateurs favorisant leur collaboration interprofessionnelle : l'adoption d'un cadre théorique partagé, la reconnaissance des zones spécifiques d'expertise de chaque professionnel et l'instauration d'un leadership orienté vers la collaboration. Ils cernent également deux obstacles à leur pratique de collaboration interprofessionnelle : une communication difficile avec les professionnels qui travaillent sur les différents quarts de travail et l'impossibilité pour tous les membres de l'équipe de participer aux réunions cliniques. Ces deux obstacles empêcheraient l'équipe d'avoir accès aux ressources de tous ses membres et nuiraient à la bonne circulation des informations découlant des décisions prises lors des réunions cliniques. La gestion des différends lors des réunions d'équipe est également évoquée comme une autre difficulté qui demeure à travailler. Ces résultats viennent en appui aux propos de Aiguier, Oboeuf, Cobbaut et Vanpee (2015) qui affirment que l'enseignement des contenus théoriques associés à la pratique de collaboration interprofessionnelle n'est pas suffisant en soi pour assurer l'implantation de celle-ci; ce type de collaboration nécessite de tenir compte de la spécificité des acteurs impliqués et de leur contexte de pratique.

La recherche-action participative est vécue, au départ, comme une expérience exigeante pour ces professionnels de la relation d'aide qui doivent porter un regard critique sur leur action, d'autant plus que ce regard se fait devant leurs collègues. Deux facteurs permettent à l'équipe participante de s'ouvrir à cette expérience : un désir d'améliorer leur fonctionnement d'équipe et la présence d'un climat de respect au sein

de l'équipe. La RAP est une démarche de recherche innovatrice qui remet en question « les rapports de pouvoir dans la production du savoir » et favorise « une posture réflexive » (Longtin, 2010, p. 18). Les professionnels participants acceptent d'être des acteurs au centre de cette production de connaissances et des initiateurs de changement par leur implication dans les cycles d'actions et de réflexions. En agissant ainsi, ils collaborent à la recherche de solutions pour résoudre les difficultés qui les préoccupent. Enfin, les espaces de réflexions et d'échanges entre les participants, viennent déstabiliser les professionnels dans leurs façons de faire pour en initier de nouvelles. L'existence du climat de confiance au sein de l'équipe a nécessairement contribué à maintenir leur engagement dans cette expérience innovatrice.

Enfin, la recherche-action participative recèle certains défis tant pour la chercheuse que pour les participants (Longtin, 2010). Elle a demandé une attention particulière à la chercheuse pour gérer les divergences des points de vue des participants et les aider à faire des choix quant aux situations à traiter. Les professionnels sont aussi peu habitués à porter un regard sur leurs actions afin qu'elles deviennent source de réflexion. Ces deux facteurs ont nécessairement eu un impact sur l'approfondissement des réflexions. Au terme de l'expérience, les professionnels manifestent le souhait de poursuivre le travail de réflexion amorcé afin de continuer à réfléchir ensemble aux défis qui persistent. Si certains défis ont pu être identifiés, la direction que prendra la suite de la démarche n'est toutefois pas précisée.

En conclusion, un dernier élément évoqué implicitement au cours de la présente recherche mérite d'être porté à l'attention d'autres chercheurs : l'intensité affective à laquelle sont confrontés les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie. En effet, les vignettes mettent en évidence les charges émotionnelles auxquelles sont exposés les professionnels lors des situations problématiques qui les interpellent dans leur capacité à se réguler émotionnellement et professionnellement afin de se maintenir en posture de collaboration. Neswald-Potter et Trippany Simmons (2016) affirment que l'exposition continue au traumatisme des clients et la nécessité d'être constamment en empathie avec leur douleur et les injustices vécues peuvent amener les professionnels à développer des stratégies d'adaptation inappropriées pour se protéger émotionnellement. L'étude de Jiang, Zhang et Tjosvold (2013) auprès de professionnels travaillant en équipe dans le milieu bancaire, démontre que les membres de l'équipe capables de réguler émotionnellement sont plus aptes à demeurer engagés dans leurs tâches et dans leurs relations avec leurs collègues. Lorsqu'ils se centrent sur la tâche à réaliser et adoptent une attitude d'ouverture et de respect envers les autres membres de l'équipe, les professionnels développent une compréhension commune des problématiques ce qui les aide à maintenir une stabilité émotionnelle (Lajoie et al., 2015). Il serait intéressant dans le cadre de recherches futures d'explorer comment la mise en place d'une pratique de collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie pourrait venir soutenir les professionnels dans leur capacité à se réguler émotionnellement.

Cette thèse ne pourrait se terminer sans réitérer des remerciements sincères aux membres de l'équipe de pédopsychiatrie qui ont accepté de s'impliquer dans ce projet. Leur contribution a rendu possible la réalisation de cette thèse et a permis la production de connaissances pratiques et utiles tant pour les gestionnaires, les professionnels en milieu de travail que pour la communauté scientifique.

Références

Aiguier, G., Oboeuf, A., Cobbaut, J.-P., & Vanpee, D. (2015). Activity confrontation Methods : A reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 457-463.
doi : 10.3109/13561820.2015.1004162

Andvig, E., Syse, J., & Severinsson, E. (2014). Interprofessional collaboration in the mental health services in Norway. *Nursing Research and Practice*, Article 849375.
Repéré à <http://dx.doi.org/10.1155/2014/849375>

Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, P., ... Anderson, J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration : Does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today*, 31(2), 208-213.

Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner : Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03734.x

Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006) Participatory action research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(10), 854-857.
doi: 10.1136/jech.2004.028662

Beaulieu, M.-D. (2006). *L'implantation des groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca>

Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., & Pile, E. (2013). Practice what you preach: developing person-centred culture in inpatient mental health settings through strengths-based, transformational leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 595–601. doi: 10.3109/01612840.2013.790524

Bergeron, D. (2010). De la crise à l'impasse dans la cure psychanalytique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 13-29.

Bertrand, M.-H. (2018). *Perception de l'identité professionnelle chez des psychologues cliniciens québécois : une étude exploratoire*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Canada). Repéré à : <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/12162?locale-attribute=fr>

- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : Quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Blackall, B. F., & Simms, S. (2002). Resolving therapeutic impasses in medical settings : A case study. *Families, Systems & Health*, 20 (3), 253-264.
- Bordeleau, L., & LeBlanc, J. (2017). La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 229-243.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Bouchard, P., & Bussières, E.L. (2015). *Les meilleures pratiques d'intervention auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans présentant des comportements suicidaires*. Rapport de réponse rapide. ETMISS, CIUSSS de la Capitale Nationale, site : Centre jeunesse de Québec.
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. Dans I. Carignan, M.-C. Beaudry, & F. Larose, (Éds), *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littératie* (pp. 7-21). Sherbrooke, Qc : Les Éditions de l'Université de Sherbrooke.
- Broers, T., Poth, C., & Medves, J. (2009). What's in a word? Understanding "interprofessional collaboration" from the students' perspective. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(1), 1-9.
- Brochu, L. (1996). Le devenir de l'enfant gravement malade. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 47-52.
- Cappelli, M., & Léon, S. L. (2017). *Ouvrir la voie aux soins connectés : renforcer l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents*. Repéré à http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/resource/politiques_soins_primaire.pdf
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., ... Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 299-301. doi: 10.3109/13561820.2011.566649

- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: explaining the diversity . *Human Relations*, 59(6), 783-814. <https://doi.org/10.1177/0018726706067080>
- Catalyseur. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catalyseur/13725?q=catalyseur#13563>
- Chou, F., Kwee, J., Buchanan, M., & Lees, R. (2016). Participatory critical incident technique : A participatory action research approach for counselling psychology. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(1), 51-74.
- Commission de la Santé mentale du Canada. (Septembre 2013). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada : Rapport final*. Repéré à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C.-A., Perroux, M., Beaulieu, M.-D., Brault, I., ... Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams : results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, 15:78. doi 10.1186/s12913-015-0731-5
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research : Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cousineau, M.-È. (2016, 2 avril). *De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques*. Répéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/national/2016/04/02/001-antidepresseurs-antipsychotiques-jeunes-12-18-ans-hausse-ordonnance.shtml>.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).Repéré à <http://www.collectionscanada.gc.ca>
- D'Amour, D. (2003). *Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects : The case of perinatal services*. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 116-131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martín-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188

- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94.
- Davies, J. P., Heyman, B., Godin, P. M., Shaw, M. P., & Reynolds, L. (2006). The problems of offenders with mental disorders : A plurality of perspectives within a single mental health care organisation. *Social Science & Medicine*, 63(4), 1097-1108. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.002>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86. doi: 10.1016/j.prps.2004.01.004
- Duclos, C., Lebeau, A., & Guay, M. (2013). Étude des modes d'organisation des équipes de première ligne en santé mentale jeunesse en Montérégie. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 61-80.
- Fernandes, V., & Flak, E. (2012). Safe and effective prescribing practices at the point of discharge from an inpatient psychiatry unit. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 12-19.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care : A critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113-118.
- Fradet, L. (2013). Quelle approche de synthèse des connaissances adopter pour faire un état des lieux de la recherche-action participative en santé et services sociaux au Québec francophone? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 219-230. doi : 10.7202/1020831ar
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011a). Effectiveness of service linkages in primary mental health care : A narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, 11:72. doi : 10.1186/1472-6963-11-72
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011b). Building effective service linkages in primary mental health care : A narrative review part 2. *BMC Health Services Research*, 11:66. doi: 10.1186/1472-6963-11-66

- Gardner, A. K., Scott, D. J., & AbdelFattah, K. R. (2016). Do great teams think alike? An examination of team mental models and their impact on team performance. *Surgery, 161*(5), 1203-1208. doi: 10.1016/j.surg.2016.11.010
- Gocan, S., Laplante, M. A., & Woodend, A. K. (2014). Interprofessional collaboration In Ontario's family health teams : A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 3*(3), 1-19.
- Goodwin, S., MacNaughton-Doucet, L., & Allan, J. (2016). Call to action : interprofessional mental health collaborative practice in rural and northern Canada. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne, 57*(3), 181-187. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000057>
- Gotlid Conn, L., Oandasan, I. F., Creede, C., Jakubovicz, D., & Wilson, L. (2010). Creating sustainable change in the interprofessional academic primary care setting : An appreciative inquiry approach. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 1*(3), 284-300.
- Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary health care practice. *Journal of the American Medical Association, 291*(10), 1246-1251.
- Hern, T., Talen, M., Babiuch, C., & Durazo-Arvizu, R. (2009). Patient care management Teams : Improving continuity, office efficiency, and teamwork in a residency clinic. *Journal of Graduate Medical Education, 1*(1), 67-72. doi: 10.4300/01.01.0011
- Hesjedal, E., Hetland, H., & Iversen, A.C. (2015). Interprofessional collaboration : Self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child and Family Social Work, 20*(4), 437-445. doi:10.1111/cfs.12093
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy : A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 207-217.
- Howard, M., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N., & Agarwal, G. (2011). Self-reported teamwork in family health team practices in Ontario : Organizational and cultural predictors of team climate, *Canadian Family Physician 57*(5), 185-191.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas : How things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy Management, 43*(6), 1159-1175. doi: 10.2307/1556343

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016). *Infographie : La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada*. Repéré à <https://www.cihi.ca>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2013). *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. TOME 2 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., ... Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research : Implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346.
- Jiang, J. Y., Zhang, X., & Tjosvold, D. (2013). Emotion regulation as a boundary condition of the relationship between team conflict and performance : A multi-level examination. *Journal of Organizational Behavior*, 34, 714-734.
doi : 10.1002/job.1834
- Kaltiala-Heino, R., & Eronen, M. (2015). Ethical issues in child and adolescent forensic psychiatry : a review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(6), 759-780. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1062995>
- Koelch, M., & Fegert, J. M., (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care : An international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22(3), 258-266.
- Lajoie, S., Lee, L., Poitras, E., Bassiri, M., Kazemitabar, M. A., Cruz, I., ... Lu, J. (2015). The role of regulation in medical student learning in small groups: Regulating oneself and others' learning and emotions. *Computers in Human Behavior*, 52, 601-616. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.073>
- Lavoie, L., Marquis, D., & Laurin, P. (1996). *La recherche-action, théorie et pratique. Manuel d'autoformation*. Québec, Canada : Les presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 7-11.
- Légaré, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., ... Graham, I. D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making : A mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 554-564.
- Lesinskiene, S., Senina, J., & Ranceva, N. (2007). Use of the HoNOSCA scale in the teamwork of inpatient child psychiatry unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 727-733. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01160.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E., G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills CA : Sage.

- Longtin, D. (2010). *Revue de la littérature : la recherche-action participative, le croisement des savoirs et des pratiques et les incubateurs technologiques de coopératives populaires*, Cahiers du CRISES, collection Études théoriques, ET1102, 80 p. <https://depot.erudit.org/id/003714dd>
- MacDonald, C. (2012). Understanding participatory action research : A qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34-50.
- Manion, I. G. (2010). Provoking evolution in child and youth mental health in Canada. *Canadian Psychology*, 51(1), 50-57.
- Mark, B. S. (1998). Countertransference issues in treating parents of child and adolescent patients. *Family Therapy*, 25(2), 99-109.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376.
- McComb, S., & Simpson, V. (2014). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479-1488.
doi: 10.1111/jan.12307
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985.
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 320:178. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7228.178>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca>

- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringner, A., & Lindgren, B.-M. (2016). From ideals to resignation – interprofessional teams perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 595-604. doi: 10.1111/jpm.12349
- Moltu, C., & Binder, P.-E. (2011). The voices of fellow travellers : Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 250–267.
- Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams : An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(7), 1217–1230. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008
- Murray, S., Silver, I., Patel, D., Dupuis, M., Hayes, S. M., & Davis, D. (2008). Community group practices in Canada : Are they ready to reform their practice? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 73-78.
- Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, J., ... Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change : Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.
- Neswald-Potter, R., & Trippany Simmons, R. (2016). Regenerative supervision : A restorative approach for counsellors impacted by vicarious trauma. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy / Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 50(1), 75-90. ISSN 1923-6182.
- Odegard, A. (2007). Time used on interprofessional collaboration in child mental health Care, *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 45-54.
- Odegard, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway, *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 286–296. doi: 10.1080/13561820902739981
- Olsson, L.-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials : A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (Aout 2014). *10 faits sur la santé mentale*. Repéré à http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris, France : Armand Colin.

- Patton, M. Q. (2002). Chapitre 2 : Strategic themes in qualitative inquiry. Dans M. Q., Patton (Éds), *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3e éd., pp. 37-73). Londres, Angleterre : Sage Publications.
- Perreault, K., & Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration : One or multiple realities? *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 256-258.
doi: 10.3109/13561820.2011.652785
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review : a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Porter, S. (2007) Validity, trustworthiness and rigour : Reasserting realism in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 79-86.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04360.x
- Pourtois, J.-P., Desmet, H., & Humbeeck, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives*, 15 (Hors Série), 25-35.
- Rasic, D. (2010). Countertransference in child and adolescent psychiatry : A forgotten concept? *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (4), 249-254.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions, *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167-174.
doi: 10.3109/13561820.2010.529960
- Reeves, S., & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital : Strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225.
- Rober, P. (1999). Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale : quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion. *Thérapie familiale*, 20(2), 131-154.
- Roche, F. (2016). Human factors and nontechnical skills : Teamwork. *Journal of Perioperative Practice*, 26(12), 285-288.

- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T., & Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- Rousseau, C., Pontbriand, A., Nadeau, L., & Johnson-Lafleur, J. (2017). Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialists and primary care teams in youth mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 198-204.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 132-147.
- Scott, E., Naismith, S., Whitwell, B., Hamilton, B., Chudleigh, C., & Hickie, I. (2009). Delivering youth-specific mental health services : The advantages of a collaborative, multi-disciplinary system. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 189-194.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991-1003. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00232-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00232-5)
- Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care : clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (2), 134-141.
- Simpson, A. (2007). The impact of team processes on psychiatric case management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 409-418. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04402.x
- Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams : a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 20-25.
- St-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes, participation et animation* (3e éd.). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1): 41-51.
- Sylva, R. R., Bath, E., Beer, D., Minami, H., et Engel, L. (2007). Administrative issues in child psychiatry, *Psychiatric Quarterly*, 78 (3), 199-210.

- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C., & Levett-Jones, T. (2015). Interprofessional experiences of recent healthcare graduates : A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork and patient-centred care. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 634-640. doi: 10.3109/13561820.2015.1040873.
- Toegel, G., & Barsoux, J.-L. (2016). How to Preempt Team Conflict. *Harvard Business Review*. 94(6), 78-83.
- Tomizawa, R., Shigeta, M., & Reeves, S. (2017). Framework development for the assessment of interprofessional teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 43-50. doi: 10.1080/13561820.2016.1233098
- Van Orden, M., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P., & Hoencamp, E. (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting : A randomized controlled trial. *Psychiatric services*, 60(1), 74-79.
- Walker, J. (2015) Using Critical Incidents to Understand ESL Student Satisfaction. *TESL Canada Journal/Revue TESL du Canada*. 32(2), 95-111.
- Washington, K., Guo, Y., Albright, D.L., Lewis, A., Oliver, D.P., & Demiris, G. (2017). Team functioning in hospice interprofessional meetings : An exploratory study of providers' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 455-462. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1305950>
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist- initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24 (6), 724-737.
- Wittemore, R., Chase, S., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>
- Wood, E., Ohlsen, S., & Ricketts, T. (2017). What are the barriers and facilitators to implementing collaborative care for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 214, 26-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.028>
- Zugaj, L., Gotheil, N., Delpech, S., Jung, C., & Delmas, C. (2016). La déscolarisation : Étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 75-80.

Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration : Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 46–54.

Appendice A

Statut de publication et normes éditoriales des articles

Le premier article a été publié en 2017 dans la revue Santé mentale au Québec, dans le volume 42, numéro 2, pp. 229-243.

Le deuxième article a été soumis à la Revue québécoise de psychologie, comme en fait foi l'accusé réception ci-dessous. Les normes éditoriales de ces deux revues sont également présentées ci-dessous, à la suite des courriels d'acceptation du premier article et de confirmation de soumission du deuxième article.

16-Sep-2017

**Objet : LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE COMME
MODALITÉ POUR RÉSOUDRE LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN
PÉDOPSYCHIATRIE : UNE REVUE DE LITTÉRATURE**

Chèr(e) Mrs. Bordeleau:

Il me fait plaisir de vous informer que votre article est accepté aux fins de publication et a été acheminé à notre bureau des publications. Vous devriez recevoir les épreuves au cours des prochains mois et l'article devrait paraître environ deux mois après que le bureau des publications ait reçu la correction de vos épreuves. Vous devez faire parvenir toute demande relative à l'état d'avancement de votre manuscrit à notre rédacteur adjoint, à l'adresse suivante : jeanmariebioteau@gmail.com

Pour éviter tout retard dans la révision des épreuves et la résolution de tout problème lié au processus de publication, il est très important d'informer sans tarder Jean-Marie Bioteau de tout changement de coordonnées (adresse, numéro de téléphone, adresse de courriel, etc.) avant la publication de votre article. De plus, si vous prévoyez ne pas avoir accès à vos courriels pour une période prolongée, veuillez l'en aviser, car les épreuves sont envoyées par courriel à l'auteur aux fins d'approbation.

Merci d'avoir soumis votre article à la revue Santé mentale au Québec.

Meilleures salutations,

**Catherine Briand
Rédactrice en chef Mosaïque
Marc Corbière
Rédacteur en chef Thématiques**

Le 06 décembre 2017

lyne bordeleau

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE COMME MODALITÉ POUR RÉSOUDRE LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN PÉDOPSYCHIATRIE : RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre *Revue*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Léveillé,
directrice

Vous pouvez accéder au formulaire par le lien suivant
: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw045.affiche_fiche_formulaire?owa_no_site=1635&owa_no_fiche=6&owa_bottin=O .

Revue Santé mentale au Québec

Objectifs de la revue

Santé mentale au Québec est une revue scientifique qui paraît deux fois par année : au printemps et à l'automne. Elle a pour principal objectif de rendre disponible aux cliniciens et chercheurs de nouvelles connaissances sur la santé mentale, les troubles mentaux et sur des interventions cliniques et sociales innovantes en plus d'être un forum d'opinion sur différents thèmes d'intérêt pour la communauté scientifique. À cette fin, elle publie des articles scientifiques et cliniques, des communications brèves, des lettres à l'éditeur et des témoignages. Chaque numéro vise à approfondir un thème précis en invitant un rédacteur ou des rédacteurs délégués spécialistes du thème retenu auquel s'ajoute la section Mosaïque qui regroupe les articles hors thème.

Soumission d'un manuscrit

La revue invite tous ceux et celles qui le désirent à soumettre des articles dans les dossiers thématiques ou dans la section Mosaïque. Les articles présentés à la revue sont soumis anonymement pour évaluation aux membres du comité de lecture et aux membres du comité de rédaction. Les auteurs doivent soumettre les noms et les coordonnées de trois (3) lecteurs. La revue se chargera de choisir les évaluateurs externes et de leur faire parvenir une copie de l'article pour fin d'évaluation. La recommandation de publication est faite par le comité de rédaction après analyse des évaluations externes.

Responsabilité du ou des auteurs

L'auteur ou les auteurs sont responsables des opinions qu'ils expriment dans la revue.

La revue ne publiant que des articles originaux, les manuscrits déjà parus dans d'autres publications ou devant l'être, ne pourront être acceptés. Il relève de la responsabilité de l'auteur de prévenir la revue d'une telle éventualité.

Qualité de la langue

La revue accorde une grande importance à la qualité du français. Aussi demande-t-elle que les articles soient rédigés dans une langue correcte et dans un style accessible à la majorité des lecteurs.

Guide de présentation d'un manuscrit

Les manuscrits doivent être soumis à la revue à l'adresse suivante :

<https://mc06.manuscriptcentral.com/smq>

Les manuscrits proposés doivent répondre aux paramètres suivants :

- Article original (maximum de 4 000 mots, excluant les tableaux, les figures et les références, limité à 40 références) ;
- Communication brève (maximum de 1500 mots, excluant les tableaux, les figures et les références, limité à 15 références et à 2 tableaux ou figures) ;
- Lettre à la rédaction (maximum de 650 mots) ;
- Témoignage (maximum de 2 000 mots).

Le style de présentation et des références sont ceux de l'American Psychological Association (APA). Lors des citations, les noms des auteurs apparaissent donc dans le corps du texte et les références sont présentées par ordre alphabétique à la fin du manuscrit. Le lien suivant du site web de Marc Couture, professeur à la Télé université du réseau de l'Université du Québec (TÉLUQ), permet aux auteurs francophones de trouver un guide précis du format de références selon les règles de l'APA, adapté au contexte de la francophonie.

<http://www.teluq.ca/spersonnel/mcouture/apa>

Chaque endroit où insérer les tableaux et les graphiques doit être indiqué dans l'article. La légende des graphiques et les titres des tableaux doivent être clairement indiqués.

Droits de reproduction

La revue conserve tous les droits sur les articles qu'elle publie. À cette fin, le ou les auteurs signent une cession de droits. Le formulaire est envoyé à l'auteur ou les auteurs lorsqu'ils sont invités à approuver les épreuves finales.

Toutefois, des ententes peuvent être conclues avec les auteurs pour publication dans d'autres revues ou livres. La revue permet sans aucuns frais la reproduction des articles pour fin d'enseignement. Elle demande que les références soient clairement indiquées.

Tirés à part

L'auteur responsable de l'article reçoit un exemplaire de la revue, ainsi qu'un tiré à part en format PDF.

Revue québécoise de psychologie

La Revue québécoise de psychologie a pour mission de diffuser, en langue française, des écrits scientifiques et cliniques de qualité en psychologie utiles aux différentes pratiques professionnelles.

Les valeurs de la Revue

- ouverture aux différentes orientations théoriques et méthodologiques ainsi qu'aux différents champs de pratique,
- accessibilité des connaissances au plus grand nombre (praticiens, chercheurs, étudiants, professionnels d'autres disciplines) tout en maintenant une rigueur scientifique,
- soutien et collégialité pour favoriser les publications,
- respect des règles éthiques en lien avec la publication d'articles en psychologie,
- pensée critique.

Les objectifs poursuivis par la Revue

- Publier des numéros comprenant un dossier thématique et des articles libres de qualité en psychologie pour :
 - favoriser des liens entre la recherche et la pratique,
 - faire rayonner la psychologie de langue française,
 - exercer une influence sur la communauté scientifique, professionnelle et, éventuellement, sur des instances décisionnelles.

La *Revue* paraît trois fois par année : au printemps, à l'été et à l'automne et est répertoriée dans *Francis*, *Repère*, *PsycINFO* et *Index de la santé et des services sociaux*.

La *Revue* soumet chaque texte, dont l'anonymat est conservé, à deux membres du Comité de lecture qui en font une appréciation. Le comité de rédaction se réserve toutes décisions sur le choix des textes à publier. Les auteurs peuvent consulter les **normes de publication** des manuscrits.

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

(révision effectuée en juin 2011)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis via le site Web de la revue (<http://www.rqpsy.qc.ca>)
2. Les textes doivent respecter les normes habituelles de présentation des écrits scientifiques. Ils doivent être rédigés à double interligne sur format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*. Les textes comptent un *maximum de 25 pages* (à 2800 caractères et espaces compris par page)
3. Le texte final en traitement de texte (doc, doc.x) doit être téléversé sur le site de la Revue.
4. La première page indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais). Le texte proprement dit commence donc à la troisième page.
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors du processus d'édition et de mise en ligne.
6. Une seule affiliation par auteur sera publiée (l'affiliation principale).

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,00	2,54
Bas :	1,00	2,54
Gauche :	1,00	2,54
Droite :	1,00	2,54
Pied de page :	0,75	1,90

Caractères : Arial 10

Titre de l'article en français : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre abrégé en français (Running head) : 10 points, minuscules, gras et ne comportant pas plus de 50 caractères et espaces

Titre de l'article en anglais : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex. : Colette JOURDAN-IONESCU (en 10 pts)
Université du Québec à Trois-Rivières (en 10 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

- 1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + centré
- 2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + centré
- 3^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + centré
- 4^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Elles sont présentées entre guillemets français (« »). Lorsqu'elles dépassent 40 mots, les citations doivent faire l'objet d'un paragraphe indépendant avec un retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite, en incluant la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintin, Éthier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), support family intervention should always be incorporate into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

- Un espace avant et après le « : »
- Un espace avant et après le « % »
- Un espace avant et après le « = »
- Un espace après le point
- Un espace après le point-virgule
- Un espace après la virgule
- Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 10 pts

Notes de bas de page : en 10 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., $[F(1,23) = 29,69, p < .01]$).

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, certaines notations statistiques comme les corrélations et les probabilités proviennent d'un système indépendant du système métrique et il faut alors employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .001$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test χ^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $\chi^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en 10 pts, centrés pour les Tableaux, alignés à gauche pour les Figures)] :

Tableau 1
Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

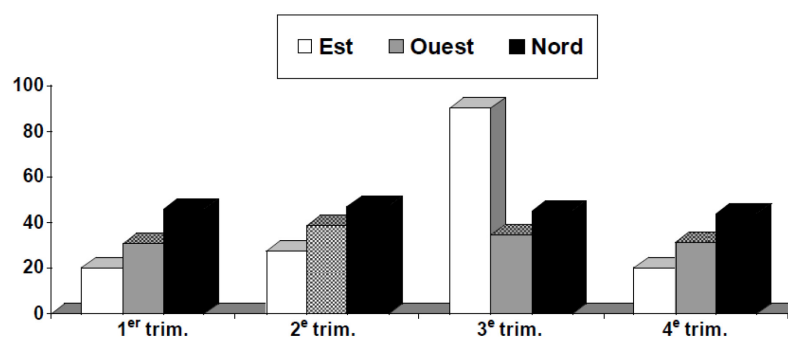


Figure 1. Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs et moins de sept auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsqu'il y a sept auteurs et plus, on cite directement selon la formule « Premier auteur et al., date ». Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par la perluète (&). Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte entre parenthèses et pour celles regroupées à la fin de l'article. Par contre, dans le texte, lorsqu'on fait référence à ce que deux auteurs (ou plus) ont dit, on écrit « et » pour relier les noms des auteurs.

Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapître

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand & E. E. Thil ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G., & Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin & Cossette, 1998; Trudel & Morinville, 1997).

Document dans Internet

Pericak-Vance, M.A., Folstein, S.E. & Wolpert, C.M. (2002). *Explorer l'autisme*. Récupéré le 24 novembre 2005 de <http://www.exploringautism.org/french/>

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final via le site Web de la revue (<http://rqpsy.qc.ca>)

Correction et approbation des épreuves

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1^{er} auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

Appendice B

Approbation du projet de recherche par le comité d'éthique du milieu hospitalier

Centre de santé et de services sociaux
[REDACTED]

Comité d'éthique de la recherche

Le 17 janvier 2014

Madame Jeannette Leblanc
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke
2500, boulevard de l'Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

OBJET : Projet AA [REDACTED] 13-038 – Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie.

Madame,

C'est avec plaisir que nous vous informons que les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière régulière tenue le 14 janvier 2014 à laquelle il y avait quorum ont accepté conditionnellement par consensus unanime le projet de recherche mentionné en rubrique tel qu'il a été déposé.

Nous vous rappelons qu'avant d'amorcer toutes activités de recherche le projet doit avoir reçu les autorisations et les approbations nécessaires énumérées ci-après; puisqu'en cette absence il enfreindrait les exigences légales locales, de même que la réglementation nationale et internationale sur les « Bonnes pratiques cliniques ». De plus, toutes données colligées sans autorisation ne peuvent faire partie d'aucun rapport, d'aucune présentation etc. à l'évidence, elles transgresseraient les normes et directives de recherche en vigueur.

Veuillez prendre note qu'avant d'amorcer toutes les activités de recherche, vous devez:

- Satisfaire intégralement et répondre à toutes les conditions demandées que vous trouverez énumérées dans l'extrait du procès-verbal ci-joint;
- Faire parvenir au secrétariat du CÉR les documents modifiés selon les exigences;
- Recevoir l'approbation finale du CÉR vous informant que celles-ci répondent aux exigences du CÉR;
- Obtenir l'approbation positive finale du Comité de convenance institutionnelle;
- Obtenir l'approbation positive finale du Comité scientifique de la recherche, si applicable;
- Obtenir l'approbation positive finale du directeur du Centre de recherche.

Dans l'éventualité où le chercheur n'a pas répondu dans les 3 mois de la date de cette présente lettre, le CER procédera, sans autre préavis, à la fermeture du dossier. Par ailleurs, indépendamment du type de projet, toute demande de réouverture du dossier entraînera les frais éligibles.

Nous vous souhaitons la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez recevoir, Madame, l'expression de ma considération la plus distinguée.

La vice-présidente du comité
d'éthique de la recherche

[REDACTED], LL.L., D.D.N., M. Sc.

/mf

P. J.

[REDACTED]



Comité d'éthique de la recherche

Le 28 janvier 2015

Madame Jeannette Leblanc
Chercheure principale
Centre de recherche
CSSS

OBJET : Projet AA-13-038 – Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie.

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière ordinaire du 20 janvier 2015, à laquelle il y avait quorum, ont recommandé par consensus unanime l'approbation annuelle du projet de recherche ci-dessus mentionné.

Vous trouverez ci-joint l'extrait du procès-verbal détaillant la décision et les exigences éventuelles du Comité d'éthique de la recherche relativement à cette approbation annuelle.

Dans l'éventualité où le chercheur n'aurait pas répondu dans les 3 mois suivant la date de la dernière approbation éthique annuelle, soit le 5 mai 2016, le CER procédera, sans autre préavis, à la fermeture du dossier.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

La présidente du comité
d'éthique de la recherche

[Signature]
[Nom], MD
/msc/msp

p.j.

[Signature]

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de

Québec

Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital
CISSS de

Le 22 janvier 2016

Professeure Jeannette LeBlanc
Chercheur principal
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke
2500, boulevard de l'Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

OBJET : Projet AA-13-038 – Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie. – Renouvellement d'approbation annuelle

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière ordinaire du 19 janvier 2016, à laquelle il y avait quorum, ont recommandé par consensus unanime l'approbation annuelle du projet de recherche ci-dessus mentionné.

Vous trouverez ci-joint l'extrait du procès-verbal détaillant la décision et les exigences éventuelles du Comité d'éthique de la recherche relativement à cette approbation annuelle.

Dans l'éventualité où le chercheur n'aurait pas répondu dans les 3 mois suivant la date de la dernière approbation éthique annuelle, soit le 5 mai 2017, le CER procédera, sans autre préavis, à la fermeture du dossier.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

La vice-présidente du comité
d'éthique de la recherche

LL.L., D.D.N., M. Sc.

/msp

Centre intégré
de santé et de

Québec

Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital
CISSS de

Le 27 juillet 2017

Madame Jeanette Leblanc
Chercheur principal
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

OBJET : Projet AA-13-038 – Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie. (recherche-action). – Approbation réouverture de dossier pour publication

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière ordinaire du 25 juillet 2017, à laquelle il y avait quorum, ont accepté exceptionnellement par consensus unanime la réouverture du dossier pour des fins de publication du projet de recherche susmentionné.

La réouverture du dossier se fait de manière rétrospective, soit à partir de la date de fermeture le 10 janvier 2017 et sera valide jusqu'au 10 janvier 2018. Nous vous rappelons que vous devrez déposer une nouvelle demande de fermeture pour le projet.

Veuillez recevoir, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

La présidente du Comité d'éthique de la recherche

[Signature]

CP/sp

[Signature]

Appendice C
Déroulement de la recherche-action participative

Déroulement de la recherche-action participative

A. Réunion clinique des professionnels de la clinique pédopsychiatrique

Objectifs :

1. Enregistrer sur bande vidéo 45 minutes de la réunion clinique.
2. Consigner diverses informations (p. ex., personnes présentes, déroulement des rencontres, interactions, climat, observations) susceptibles d'être utilisées pour comprendre le processus.
3. Consigner les interrogations, hypothèses et intuitions pendant le déroulement de la réunion clinique en lien avec la recherche-action participative.
4. Repérer les incidents critiques.

Déroulement :

1. La chercheuse est présente pendant la réunion clinique des professionnels de la clinique. Elle se tient à l'écart du groupe et enregistre sur bande vidéo les 45 premières minutes de la réunion. Elle n'intervient pas pendant cette période mais consigne des notes descriptives et théoriques. Elle repère également les moments susceptibles d'être utilisés comme incidents critiques.
2. Après la réunion clinique, la chercheuse repère sur bande vidéo de deux à trois incidents critiques retenus pour visionnement lors de la période de réflexion en équipe.

B. Période de réflexion en équipe

Objectifs :

1. Permettre aux professionnels d'observer leurs actions et comportements pendant la durée de l'incident critique.
2. Rendre les professionnels plus conscients de l'effet de leurs actions et comportements sur leur processus de collaboration interprofessionnelle et de résolution des impasses thérapeutiques.
3. Encourager les professionnels à apporter des suggestions concernant leur processus de collaboration interprofessionnelle qui pourraient permettre d'améliorer leur capacité de résoudre les impasses thérapeutiques rencontrées dans le cadre de leurs interventions auprès des patients.

Déroulement :

1. Le jour suivant la réunion clinique, les professionnels ayant été présents à celle-ci, participent à une période de réflexion en équipe en présence de la chercheuse; celle-ci est enregistrée sur bande audio. La période de réflexion débute par le visionnement d'un incident critique.
2. Les professionnels sont ensuite invités à nommer ce qu'ils observent pendant le visionnement de l'extrait vidéo, à identifier ce que tentait de faire l'équipe pendant la séquence où il est question de l'impasse thérapeutique et à évaluer l'atteinte ou non de l'objectif poursuivi. Lorsqu'ils ont identifié ce qui les rend insatisfaits, ils sont invités à se demander ce qu'ils auraient pu faire autrement afin de réorienter le travail de l'équipe vers l'objectif visé. Le rôle de la chercheuse consiste à animer l'échange.
3. Lorsque le temps le permet, un deuxième incident critique est visionné et la démarche de réflexion en équipe est reprise.

Fin du cycle d'actions et de réflexion

Ce canevas (sections A et B) est utilisé pour les six cycles d'actions et de réflexions

C. Entrevue de groupe

Objectifs :

1. Identifier avec les professionnels les indicateurs qui ont été favorables ou non à la collaboration interprofessionnelle dans leur équipe.
2. Identifier l'impact qu'a eu la recherche-action participative sur leur processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques.

Déroulement :

1. Un document résumant les informations recueillies est remis aux participants et présenté par la chercheuse.
2. Les participants sont invités à partager leur perception de l'analyse des données et de l'impact du processus de recherche sur la collaboration interprofessionnelle dans leur équipe et la résolution des impasses thérapeutiques.

Fin du déroulement de la recherche-action participative.

Appendice D

Grille d'observation pour les réunions cliniques

Grille d'observation pour les réunions cliniques

DÉTERMINANTS	TEMPS
OBJECTIF COMMUN Objectif de la discussion clairement défini et partagé par tous?	De : _____ À : _____
ORIENTATION CENTRÉE SUR LE CLIENT VS AUTRES ALLÉGEANCES Discussion centrée sur les besoins du client ou vers d'autres allégeances (administration, pression externe ...)	De : _____ À : _____
CENTRALITÉ Orientation claire et explicite des leaders, destinée à guider l'action vers la collaboration	De : _____ À : _____
LEADERSHIP Est-ce que quelqu'un exerce le leadership? Est-ce que tous les professionnels sont en mesure d'avoir leur opinion entendue et de participer au processus décisionnel?	De : _____ À : _____
SUPPORT POUR L'INNOVATION Est-ce qu'il y a place à des changements dans les pratiques cliniques et dans le partage de responsabilités entre les professionnels?	De : _____ À : _____
CONNECTIVITÉ Est-ce que les professionnels tendent à se relier entre eux ou à demeurer isolés dans l'intervention?	De : _____ À : _____
CONNAISSANCE MUTUELLE Est-ce que les échanges permettent de reconnaître que chacun des professionnels connaît les valeurs et le niveau de compétence de chacun, le cadre de référence disciplinaire, l'approche des soins et la portée de la pratique des autres professionnels?	De : _____ À : _____
CONFIANCE Est-ce que les professionnels tendent à conserver la responsabilité de leurs clients aussi longtemps que possible afin d'éviter la collaboration?	De : _____ À : _____
OUTILS DE FORMALISATION Est-ce qu'un consensus se dégage des mécanismes de formalisation et des règles spécifiques qui sont mises en œuvre pour clarifier les responsabilités des différents partenaires et négocier le partage des responsabilités?	De : _____ À : _____
LIEU D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS Est-ce que la réunion clinique est utilisée comme lieu d'échange d'informations (qualité des échanges et de la rétroaction)?	De : _____ À : _____

Appendice E

Grille de réflexion pour les retours sur les « incidents critiques »

Grille de réflexion pour les retours sur les « incidents critiques »

À partir du visionnement d'un extrait de la réunion clinique, les membres de l'équipe tentent de répondre aux questions suivantes :

1. Le sens donné à l'expérience

1.1 Décrivez ce qui se passe lors de cette séquence de travail.

1.2 Qu'est-ce que vous essayiez de faire en tant qu'équipe (objectifs à ce moment précis)?

- Collecter des données
- Comprendre
- Trouver une solution
- Comparer des solutions

1.3 Est-ce que vous avez atteint votre objectif?

2. Les moments d'ouverture ou de fermeture à la collaboration interprofessionnelle

2.1 Y a-t-il un ou des moments « précis » dans cette séquence où il aurait été possible de ralentir l'échange ou de l'arrêter afin de réfléchir sur ce qui se passait?

- Pour mieux se comprendre
- Mieux savoir où on s'en allait
- Exprimer son accord ou une nouvelle idée

2.2 Comment ce moment « précis » aurait pu être exploité?

2.3 Quelles sont les suppositions ou les croyances qui n'ont pas permis d'agir dans ce sens?

3. Les stratégies d'encadrement

3.1 Quelles conditions, stratégies ou interventions permettraient de faire les choses différemment?

3.2 De quelle manière est-il possible de mettre en place ces conditions, stratégies ou interventions?

Appendice F
Grille de réflexion pour l'entrevue de groupe

Grille de réflexion pour l'entrevue de groupe

À partir du modèle théorique de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008), le résultat de l'analyse des données recueillies est présenté aux membres de l'équipe pour validation.

Les membres de l'équipe tentent ensuite de répondre aux questions suivantes :

1. Questions sur la situation

- Quels sont les indicateurs sur lesquels vous pouvez vous appuyer pour favoriser la collaboration interprofessionnelle dans votre équipe?
- Quels indicateurs font obstacle à la collaboration interprofessionnelle dans votre équipe?

2. Questions sur le processus de la recherche-action

- Quel est l'impact de la participation à cette recherche-action sur le processus de collaboration interprofessionnelle dans votre équipe?
- Quel est l'impact de la participation à cette recherche-action sur la réduction des impasses thérapeutiques dans votre travail?
- À votre avis, y a-t-il un lien entre l'amélioration du processus de collaboration interprofessionnelle et la diminution des situations d'impasse thérapeutique en clinique de pédopsychiatrie?

Appendice G

Document remis aux participants lors de l'entrevue de groupe

<p>Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie</p>	<p>Complexité du travail à l'unité interne des petits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs éléments à tenir en compte en milieu de vie : sécurité des intervenants, sécurité des enfants, donner du sens aux comportements des enfants (compréhension de la dynamique), initier un traitement (faire verbaliser...) • Plusieurs sources possibles de dérégulation pour l'équipe d'intervenants : réaction des autres patients à l'arrivée du nouveau, lourdeur des problématiques, pressions multiples (parents, école, administration du milieu hospitalier concernant la durée des séjours), tensions présentes dans les dossiers pris en charge • Plusieurs facteurs à prendre en compte pour comprendre la problématique de l'enfant et mettre en place un plan de traitement : le niveau de dérégulation de l'enfant et de la famille, les dimensions affective, relationnelle, biologique et familiale, l'existence de plusieurs milieux de vie, enfants qui apprennent avec des enfants qui ont des difficultés • Plusieurs enjeux relationnels : impact émotif sur les intervenants des problématiques vécues par les enfants, attachement entre les intervenants et l'enfant, phénomène de transfert • Aspect court/moyen terme de l'intervention qui implique une intégration régulière de nouveaux patients • Non existence d'un mode d'emploi ou de solution parfaite • Instabilité des intervenants de l'équipe • Travail ayant un aspect « public » et à risque de critiques de l'externe et de l'interne
<p>Complexité du travail à l'unité interne des petits</p> <p>La complexité du travail à l'unité interne amène un risque de désengagement et d'épuisement des intervenants et un besoin de prendre soin de soi et de l'équipe.</p>	<p>L'unité interne actuelle s'inscrit à travers une histoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histoire passée qui contient des insatisfactions • Référence à un épisode de fermeture de l'unité • Référence à des Incidents impliquant des blessures
<p>L'histoire passée de l'unité interne amène certains besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconstruire sa confiance dans la capacité d'offrir de bons soins aux enfants • Reconstruire sa confiance dans la capacité de développer une bonne collaboration entre les intervenants • Reconstruire la confiance des autres envers les soins offerts à l'unité 	<p>Description des impasses (ou insatisfaction?) vécues à l'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répétition à l'unité de la dynamique qui existe dans la famille • Discussion en réunion qui ne permet pas de trouver des solutions pour les intervenants en milieu de vie • Difficulté à mettre ensemble la théorie et la pratique en milieu de vie • Sentiment de ne pas avoir été aussi utile que ce qu'on aurait voulu • Ne pas avoir de pouvoir sur ce qui se passera après l'hospitalisation (poursuite du travail par les autres partenaires, intégration faite par la famille) • Situation où l'hospitalisation n'amène pas l'apaisement ou le changement souhaité (réaction négative de l'enfant et/ou de la famille à l'hospitalisation, augmentation de la dérégulation)
<p>Place de chacun dans l'équipe</p> <p>➤ Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de l'existence de zones spécifiques à chacun • Partage des responsabilités en équipe • Engagement actif des intervenants • Ajustement de chacun en lien avec la présence ou l'absence de l'autre intervenant • Reconnaissance de la place de chaque sous équipe (traitement, milieu de vie, évaluation) • Reconnaissance par le médecin de la place de chacun 	<p>Place de chacun dans l'équipe</p> <p>➤ Facteurs qui font obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusion dans les zones d'intervention spécifiques à chacun • Conflit pour la place de chacun • Tolérer que les gens soient coupés • Sentiment de moindre importance • Couper la parole empêche la transmission d'information • Impact sur la place de chacun sur ceux qui ne participe pas à la réunion • Intégration des nouveaux intervenants
<p>Interdépendance des intervenants</p> <p>➤ Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • avoir accès à l'information que possèdent les autres intervenants • Préoccupation de l'impact de son action sur les autres • Préoccupation de l'impact des décisions prises sur le travail des autres intervenants • Préoccupation de l'impact de ses difficultés individuelles sur le travail de l'ensemble de l'équipe • Conscience de l'impact du travail des uns sur celui des autres <p>➤ Facteurs qui font obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différences dans les interventions peuvent avoir un impact sur l'alourdissement de la tâche de l'autre intervenant (sécurité) 	<p>Indicateurs du modèle de D'Amour et al. (2008)</p>

<p>Objectif et vision commune 1) Objectif commun</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitants <ul style="list-style-type: none"> Objectif réaliste de changement (vs idéal) – identifier les éléments qui déterminent la fin du traitement, clarifier le mandat de l'unité interne, ... Discussion centrée sur un objectif commun (clarification du dx, organisation du congé) Discussion centrée sur le besoin de l'enfant Précision des attentes du médecin par rapport au déroulement de la rencontre (besoin d'avoir accès aux ressources des intervenants, désir d'un lieu de réflexion ensemble) ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> la cible de l'échange n'est pas connue prioriser la tâche à faire par rapport au processus difficulté à identifier le but de l'échange à l'avance <p>11</p>	<p>Objectif et vision commune 1) Objectif commun</p> <p>Les risques de ne pas connaître l'objectif de la discussion : recherche erronée après la rencontre de l'objectif, conflit, tension, insatisfaction</p> <p>12</p>
<p>Objectif et vision commune 2) Orientation centrée sur le client vs autres allégeances</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitants <ul style="list-style-type: none"> Orientation centrée sur le patient ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> Orientation centrée sur autres allégeances <ul style="list-style-type: none"> Pression sur la durée du séjour (risque d'absence de résultats tangibles, risque de réhospitalisation) Réalité institutionnelle (institution et syndicat) Risque de blessure Pression des parents Pression et réactions des partenaires Optimisation des services offerts par l'unité Agenda personnel (rencontre à venir, vacance) <p>13</p>	<p>Gouvernance 1) Centralité (existence d'une orientation claire et explicite des cadres supérieurs)</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsabilité partagée par rapport aux décisions prises, par rapport au fonctionnement de l'équipe <p>14</p>
<p>Gouvernance 2) Leadership local vers la collaboration (médecin)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitants <ul style="list-style-type: none"> Leadership partagé dans la zone d'expertise de chacun Leadership en douceur (capacité à orienter l'action commune en tenant compte de l'ensemble de ce qui est discuté en groupe) Identifier le désir d'avoir accès aux ressources des intervenants et du besoin d'une réflexion partagée Reconnaissance de l'enrichissement dû au fait de travailler ensemble Reconnaissance de la contribution de tous aux différentes étapes de discussion (collecte de données, réflexion, plan d'action) Reconnaissance de la possibilité de référer à quelqu'un d'autre si besoin Collaboration pour éviter le clivage Utilisation de ce qui pourrait être potentiellement conflictuel en le transformant en quelque chose qui peut être utile pour l'équipe Affirmation du désir de conserver les acquis fait dans le processus de travail en équipe <p>15</p>	<p>Gouvernance 2) Leadership local vers la collaboration (médecin)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> Varie selon le médecin responsable de l'unité Existence de 2 cultures qui cohabitent (culture hiérarchique et culture « tout le monde sur le même niveau ») Adhésance variable à l'idée d'une similitude entre l'équipe et le fonctionnement d'une famille <p>16</p>
<p>Gouvernance 3) Support à l'innovation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs favorisants <ul style="list-style-type: none"> Réflexion sur le processus du travail d'équipe entamé depuis plusieurs mois (recours à l'expertise interne et externe) Reconnaissance de ce qui est bien fait tout en maintenant le cap sur l'amélioration Lecture commune du livre qui permet d'avoir une compréhension commune de ce qui se passe avec les patients Concepts rhétoriques qui permettent de nuancer certaines expériences émotives (ex : perte de confiance lié aux pressions extérieures, au petit changement, au changement éphémère, sentiment d'insécurité, de mécompréhension, expérience de l'ambivalence) Attitude qui fait la promotion de l'apprentissage ensemble (apprendre sur soi et sur l'enfant à partir des observations et du vécu de chacun) Capacité à réfléchir sur son action (individuelle et d'équipe) Promotion de la transmission de connaissances entre les intervenants ➤ Facteurs qui font obstacle ??? <p>17</p>	<p>Gouvernance 4) Connectivité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs favorisants <ul style="list-style-type: none"> Existence de plusieurs lieux d'échanges d'information La proximité des intervenants permet d'avoir des occasions pour échanger ensemble ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> Difficulté à trouver un temps pour échanger ensemble en dehors de la réunion Réunion clinique semble être le seul lieu de connectivité pour les échanges impliquant plusieurs personnes De moins en moins d'intervenants peuvent être présents à la réunion clinique Non remplacement d'un éducateur <p>18</p>
<p>Gouvernance 4) Connectivité</p> <p>La nécessité d'avoir des lieux de connectivité a été soulevée dans l'optique que le travail interdisciplinaire a du sens dans la mesure où ces lieux existent</p> <p>19</p>	<p>Internalisation 1) Connaissance mutuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs favorisants <ul style="list-style-type: none"> Favorise le fait de donner du sens au fait de parler moins en équipe (caractéristiques personnelles, rôle dans l'équipe, information à partager) Favorise la reconnaissance des ressemblances entre les membres (pai à l'intérieur de moi l'idée que l'autre apporte) Permet de savoir ce que je peux attendre de l'autre personne Permet d'identifier les besoins spécifiques des membres de l'équipe Permet de reconnaître les différences entre les professionnelles (rôle, sous équipe) Favorise l'acceptation des limites individuelles des membres en lien avec les décisions communes Favorise la reconnaissance de l'existence d'opinions différentes Favorise l'authenticité Favorise la reconnaissance de l'expertise de chacun Favorise la reconnaissance de l'existence de plusieurs façons différentes de livrer le même message ➤ Facteurs qui font obstacle Il est possible de travailler à proximité et que ceci ne favorise pas la communication entre les intervenants <p>20</p>

<p>Internalisation 1) Connaissance mutuelle</p> <p>La connaissance mutuelle s'acquiert avec l'expérience commune et la proximité</p> <p>21</p>	<p>Internalisation 2) Confiance</p> <p>➤ Facteurs favorisants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confiance dans le jugement des intervenants par rapport aux interventions à prioriser • Capacité à se laisser influencer par l'autre • Sentiment que l'autre a confiance en nous • Confiance dans la capacité de sortir de l'impasse en se donnant du temps • Confiance dans le travail qui est fait à l'unité • Sentiment de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres • Capacité à parler ensemble sans jugement des situations difficiles ou à risque de critiques (violence) • Confiance dans la capacité des membres de discuter ensemble de thème plus difficile • Confiance dans la capacité de donner de bons soins <p>➤ Facteurs qui font obstacle</p> <p>• ???</p> <p>22</p>
<p>Internalisation 2) Confiance</p> <p>La confiance se construit à travers l'expérience d'avoir traversé des épreuves ensemble</p> <p>23</p>	<p>Formalisation 1) Outil de formalisation</p> <p>➤ Facteurs favorisants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référence faite à une feuille de suivi des rencontres cliniques pour transmettre l'information à ceux qui ne sont pas présents à la réunion • Référence à un document pour présenter l'unité interne des petits : • Référence faite à une feuille d'observation remplis par les intervenants pour transmettre l'information d'un quart de travail à l'autre • Mise en place d'un tableau de compilation de la durée du séjour • Mise en place d'une pancarte qui rappelle « qui fait quoi » <p>24</p>
<p>Formalisation 1) Outil de formalisation</p> <p>➤ Facteurs qui font obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inconstance dans l'utilisation d'outil de formalisation • Ambivalence par rapport aux outils de formalisation : but administratif vs but clinique • Difficile pour les intervenants de s'adapter au nouveau fonctionnement de l'équipe si les changements (règles) ne sont pas connus • Difficulté à faire le partage des tâches en réunion (teneur de temps, animateur, ...) <p>25</p>	<p>Formalisation 1) Outil de formalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évocation du besoin d'outils de formalisation pour s'assurer que les tâches soient faites, pour permettre la cohésion, l'organisation des soins et l'organisation du temps, pour soutenir l'orientation du nouveau personnel • Proposition de mise en place de rencontre de mi-étape avec les parents pour tenir compte de plusieurs facteurs : préciser ce qui reste à faire, réalité institutionnelle par épisode de soin, questionnement des parents, évaluation clinique • Proposition d'ajouter « qui fait quoi » sur les feuilles de suivi de la réunion <p>26</p>
<p>Formalisation 2) Échange d'information</p> <p>➤ Facteurs favorisants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure organisation des réunions au cours de l'année • Identification claire de ce qui est attendu des échanges en réunion clinique : partager l'expérience vécue avec l'enfant, donner un sens à l'expérience, trouver des pistes d'interventions <p>➤ Facteurs qui font obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de la discussion n'est pas toujours connu <p>27</p>	<p>Processus intégré</p> <p>➤ Les intervenants qui sont présents à la réunion clinique savent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'ils ont la capacité de reconnaître les impasses • Qu'il existe une continuité dans l'intervention d'une semaine à l'autre • Qu'il y a une construction qui est en train de se faire comme équipe (incluant acquis et non acquis) • Qu'il existe des étapes dans le processus de travail en réunion en lien avec le temps d'hospitalisation (cueillette de données, réflexion, plan de traitement) • Que les participants peuvent transmettre l'orientation commune à partir de leur propre façon de faire <p>28</p>
<p>Processus intégré</p> <p>➤ Facteurs qui font obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous ne sont pas présents à la réunion • Nécessite du temps • Plus difficile de s'appuyer sur le processus intégré en situation d'impasse • Plus difficile de s'appuyer sur le processus intégré lorsque l'équipe est dérégulée <p>29</p>	<p>Processus intégré</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus intégré s'acquiert à travers l'expérience commune • Le processus intégré permet d'aller plus rapidement au point central de discussion, favorise la participation de tous, permet de tolérer que les interventions ne soient pas précisée pendant la réunion • Les gens qui participent à la réunion clinique constatent une évolution dans le fonctionnement de l'équipe. Ces changements sont : <ul style="list-style-type: none"> • capacité à se donner du temps pour trouver des solutions • tolérance à l'incertitude face aux interventions • capacité à fonctionner par essai/erreur • tolérance à l'anxiété qui vient avec l'attente de résultats • capacité à nommer des opinions différentes • facilité à gérer les imprévus • sentiment que chacun a sa place <p>30</p>

<p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs <ul style="list-style-type: none"> • nommer à la bonne personne • désir de régler les situations potentiellement conflictuelles • utilisation de l'humour pour parler des problèmes • capacité à nommer ses limites personnelles • intervention d'un tiers pour nuancer une opposition • empathie • reconnaissance de la souffrance de l'autre • besoin d'être conséquent entre ce que je fais et ce que je dis • renforcement positif • capacité à nommer son expérience ici et maintenant • validation de l'expérience de l'autre • dépersonnaliser l'expérience d'un intervenant <p>31</p>	<p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs (suite) <ul style="list-style-type: none"> • se mettre à la place de l'autre • partage de l'espace commun • capacité à partager en groupe son expérience personnelle difficile • capacité d'écoute • reconnaissance de l'apport de l'autre dans son cheminement • partage de son appréciation du travail fait ensemble • partage du sentiment de confiance envers l'équipe • ouverture à des opinions différentes • capacité à nommer ses insatisfactions • capacité à demander de l'aide et à en donner • nommer son adhésion à l'idée de l'autre <p>32</p>
<p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> • difficulté à nommer les conflits • évitement des conflits <p>33</p>	<p>Compétences en communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs <ul style="list-style-type: none"> • capacité à nommer une situation difficile • capacité à expliquer le processus de pensée qui a mené à la prise de décision ou au désaccord • capacité à s'influencer les uns les autres • capacité à utiliser l'information apportée par l'autre • capacité à reconnaître que l'autre idée est aussi bonne • utilisation d'un langage commun • échange centrée sur la tâche et non juste sur ventiler ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> • difficulté à ramasser toutes les idées abordées <p>34</p>
<p>Implication du fait d'avoir des partenaires dans l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'obtenir la collaboration de la famille au plan de traitement • L'objectif de changement doit être partagé avec le client et la famille • Besoin de clarifier les attentes des partenaires en lien avec les résultats obtenus avec l'hospitalisation • Besoin de créer des liens de confiance avec les partenaires afin de pouvoir passer le flambeau après l'hospitalisation compte tenu que le travail à l'unité interne est un mandat court/moyen terme, les apprentissages sont difficiles pour la famille et la désorganisation familiale est souvent grande • Possibilité d'être critiqué par les gens de l'externe • Aspect public du travail de l'unité et attentes de l'externe <p>35</p>	<p>Impact de la mise en évidence des indicateurs sur le processus de collaboration interprofessionnelle et sur la résolution des impasses thérapeutiques pendant le déroulement de la recherche</p> <p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas dérangé par la caméra • aspect stressant par rapport à la présentation des extraits (difficile de se voir) • apprentissage par la réécoute • permet de réfléchir à ce qui se fait à l'unité • curiosité par rapport aux intentions du chercheur concernant le choix des extraits <p>36</p>
<p>Apport de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs <ul style="list-style-type: none"> • la réflexion en groupe permet une plus grande adhésion au choix de l'intervention • meilleure est l'adhésion à l'intervention plus facile sera le travail de faire adhérer l'enfant à l'intervention • support théorique et échanges entre collègues contribuent à augmenter le sentiment de confiance des intervenants en leur compétence (normalisation) • échange clinique encourage la constance de l'intervention malgré le peu de résultat • utilisation du contenu de la réunion d'équipe pour travailler l'alliance avec la mère • l'échange ouvre un espace pour la réflexion <p>37</p>	<p>Apport de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs (suite) <ul style="list-style-type: none"> • connaissance mutuelle permet de mieux gérer les imprévus • impact positif de la reconnaissance de l'impasse • échange permet d'avoir une nouvelle compréhension et de prendre du recul • échange en équipe qui permet d'orienter l'intervention suivante auprès de la famille • échange en équipe permet de donner de la force aux arguments utilisés avec la famille • connaissance mutuelle qui permet la réflexion ensemble • échange en groupe permet d'apprendre <p>38</p>
<p>Apport de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs facilitateurs (suite) <ul style="list-style-type: none"> • échange permet d'avoir des pistes de solutions • connaissance mutuelle permet de se réguler plus rapidement • échange permet de se réguler • meilleure régulation permet : capacité de réflexion, d'écoute, sentiment d'avoir une place dans l'équipe • meilleure connaissance des gens et du fonctionnement de l'équipe permet d'avoir une plus grande ouverture par rapport aux remises en question d'intervention • la présence d'un objectif commun permet un travail de collaboration dans une démarche commune <p>39</p>	<p>Apport de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facteurs qui font obstacle <ul style="list-style-type: none"> • la présence de tension limite le support entre les intervenants ➤ Autres sources pour résoudre les impasses : <ul style="list-style-type: none"> • rappel de d'autres expériences vécues avec d'autres patients • habiletés personnelles • ce qui se passe dans le ici et maintenant avec le patient et/ou la famille <p>40</p>

Appendice H

Schéma représentatif des thèmes et des indicateurs de collaboration interprofessionnelle
identifiés et impact de la mise en évidence des indicateurs sur l'équipe

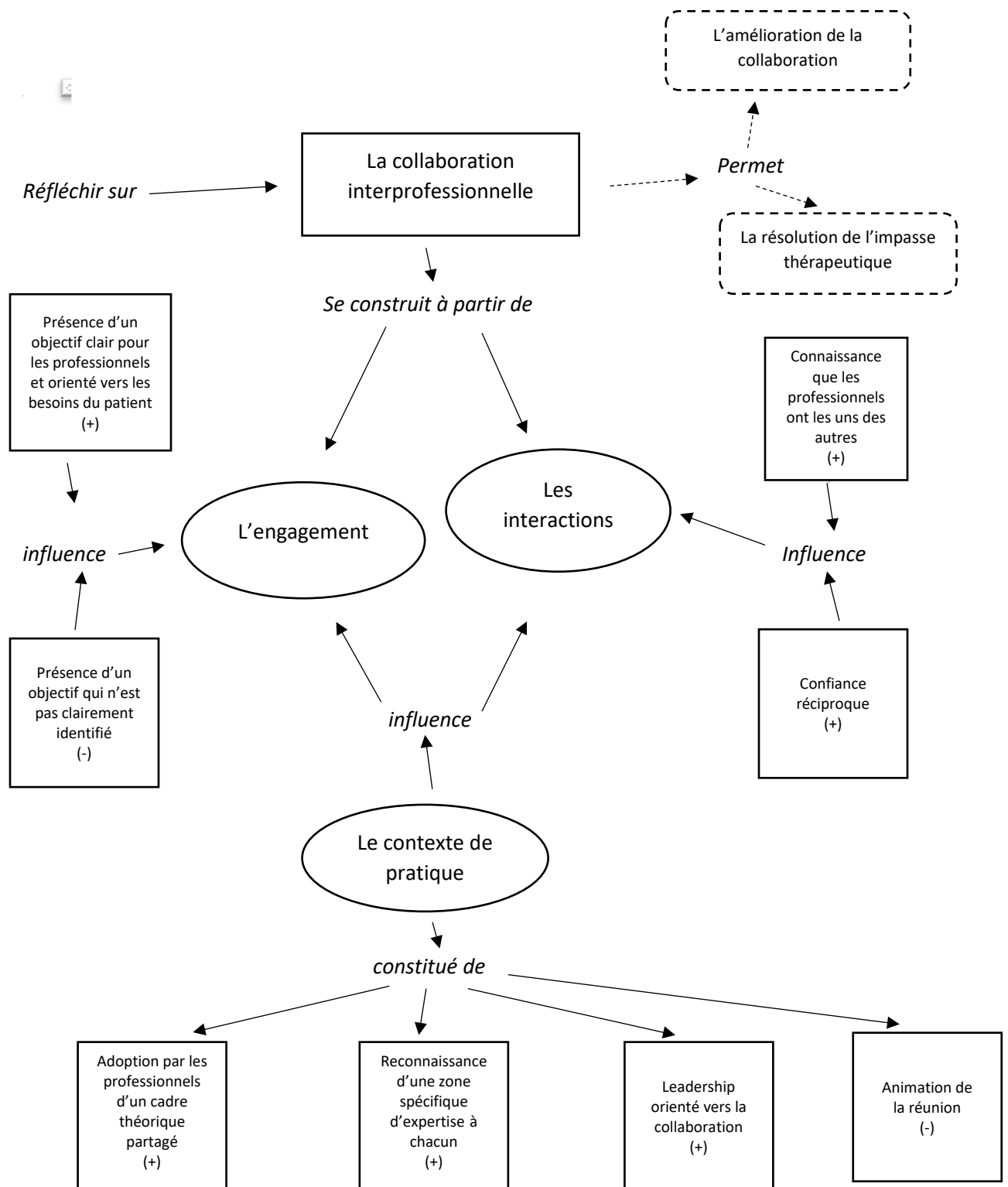


Figure 2. Schéma représentatif des thèmes et des indicateurs de collaboration interprofessionnelle identifiés et impact de la mise en évidence des indicateurs sur l'équipe

Appendice I
Formulaire de consentement éclairé

Centre de santé et de services sociaux

CENTRE DE RECH

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Comité d'éthique de la recherche
Approuvé

N° DE PROJET : AA- [REDACTED] 13-038

TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :

Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

PROTOCOLE :

COMMANDITAIRE :

CHERCHEUR PRINCIPAL : Jeannette Leblanc

DÉPARTEMENT DU

CHERCHEUR PRINCIPAL : Psychologue et professeur, Université de Sherbrooke

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche parce que vous faites partie d'une équipe de professionnels (pédopsychiatres, infirmières, psychologue, psychoéducateur, travailleur social, orthophoniste, ergothérapeute, éducateurs spécialisés et orthopédagogue) qui travaille dans une clinique interne de pédopsychiatrie pour une clientèle d'enfant âgés de 0 à 12 ans. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

[REDACTED]

Titre du projet de recherche : Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

N° de projet : AA-13-038

Page 2 de 6

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette recherche est de comprendre comment des professionnels qui travaillent dans une clinique de pédopsychiatrie peuvent, en améliorant leur processus de collaboration interprofessionnelle, limiter ou réduire le risque d'impasses thérapeutiques, et ceci, en s'inspirant des indicateurs du modèle théorique du processus de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008). Ce modèle théorique a mis en évidence quatre dimensions générales auxquelles sont associées dix indicateurs pouvant décrire un processus de collaboration interprofessionnelle, soit la présence d'un objectif et d'une vision commune (objectif commun et orientation centrée sur le client vs autres allégeances), la gouvernance (centralité, leadership, support pour l'innovation et connectivité), l'internalisation (connaissance mutuelle et confiance) et la formalisation (outils de formalisation et lieu d'échange d'information). Vous êtes invités à participer à cette recherche parce que vous êtes un professionnel travaillant dans une clinique de pédopsychiatrie. Les participants à la recherche devront faire partie de votre équipe. De douze à quinze personnes participeront à cette recherche qui s'échelonne sur une période de 7 à 12 mois.

PROCÉDURES

Si vous acceptez de participer à cette recherche, votre participation à ce projet sera requise pour sept rencontres d'équipe interdisciplinaire d'une durée de 90 minutes, qui se tiendront sur votre lieu de travail, à raison d'une rencontre par mois. Les six premières rencontres se dérouleront dans le cadre d'une réunion clinique. La première partie de la rencontre, d'une durée de 45 minutes, consiste à discuter en équipe de problématiques vécues par vos patients. Cette discussion sera enregistrée sur bande vidéo. Par la suite, nous visionnerons ensemble des extraits de la discussion dans le but d'examiner vos processus de collaboration interprofessionnelle. Cette seconde partie de la rencontre sera enregistrée sur bande audio. La septième rencontre d'équipe interdisciplinaire consiste en un focus groupe, enregistré sur bande audio, qui permettra d'échanger sur les aspects suivants :

- les indicateurs du processus de collaboration interprofessionnelle identifiés lors de discussions de cas sujet à des impasses thérapeutiques
- les indicateurs favorisant ou faisant obstacles à la collaboration interprofessionnelle lors d'une discussion impliquant une impasse thérapeutique
- l'impact de la mise en évidence de ces indicateurs sur le processus de collaboration interprofessionnelle pendant le déroulement de la recherche

RISQUES, EFFETS SECONDAIRES ET INCONVÉNIENTS

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, étant donné que les rencontres ont lieu dans le cadre de votre travail.

Il se pourrait toutefois, lors des rencontres, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile. Dans ce cas, nous pourrions vous fournir le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du support, si vous le souhaitez.

Titre du projet de recherche : Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

N° de projet : AA-13-038

Page 3 de 6

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Votre participation à cette étude vous permettra de réfléchir sur le processus de collaboration interprofessionnelle lors des discussions concernant les impasses thérapeutiques dans votre équipe de travail et d'explorer des moyens pour y apporter des améliorations. Ce projet est aussi une occasion de participer au développement des connaissances sur le processus de collaboration interprofessionnelle dans les équipes qui travaillent en santé mentale. De plus, un certificat de formation attestant votre participation à cette expérience vous sera remis à la fin de l'exercice.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs (le cas échéant : les organismes, les entreprises) ou les institutions concernées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

La plus stricte confidentialité sera préservée à toutes les étapes de la recherche, de même qu'au moment des publications émanant de la présente étude.

Durant votre participation à ce projet de recherche, les renseignements vous concernant seront recueillis et consignés dans un dossier de recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, profession, enregistrement vidéo, enregistrement audio, etc. Toutes les informations enregistrées et toutes les bandes audio seront détruites après la transcription des données.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par l'étudiante responsable du projet de recherche. Votre identité et les informations vous concernant seront tenues confidentielles dans la mesure du possible; cependant, la confidentialité totale ne peut être garantie.

Les données recueillies seront utilisées dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant de vous identifier ou d'identifier le milieu de travail n'apparaîtra dans aucune documentation.



Titre du projet de recherche : Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

N° de projet : AA-13-038

Page 4 de 6

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Vous permettez que l'on recueille et conserve des données dans le cadre de cette étude, y compris des renseignements personnels tels votre nom, votre date de naissance, votre sexe, vos initiales et vos coordonnées. Ces informations seront tenues confidentielles dans la mesure du possible. Cependant, étant donné l'obligation de permettre l'accès à ces informations, aux représentants des organismes réglementaires du Canada et des autres pays, de même qu'aux représentants du commanditaire et de ses partenaires, la confidentialité totale ne peut être garantie. L'ensemble de ces informations et des données colligées dans le cadre de l'étude seront conservées, par le chercheur ou l'établissement, en conformité avec les normes et les périodes prescrites par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, et par Santé Canada.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous décidez, à n'importe quel moment, de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera quand même utilisée dans le cadre de cette recherche.

Si vous ne désirez pas participer à cette recherche, celle-ci sera tout de même réalisée dans la mesure où il y a suffisamment de participants volontaires.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Lyne Bordeleau, au [REDACTED] ou par courriel [REDACTED] à [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CSSS [REDACTED]

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS [REDACTED]

Titre du projet de recherche : Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

N° de projet : AA-13-038

Page 5 de 6

TABLEAU SOMMAIRE DES PROCÉDURES

Activités	Mode d'enregistrement des données
1ere rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
2e rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
3e rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
4e rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
5e rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
6e rencontre	Discussion clinique Enregistrement vidéo
	Réflexion sur la pratique Enregistrement audio
7e rencontre	Entrevue de groupe (focus groupe) Enregistrement audio

Chaque rencontre est d'une durée de 90 minutes

Titre du projet de recherche : Effet du processus de collaboration interprofessionnelle dans la résolution des impasses thérapeutiques dans une équipe de professionnels travaillant en pédopsychiatrie

N° de projet : AA- [REDACTED] 13-038

Page 5 de 6

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement

_____ Signature du sujet	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date [aaaa-mm-jj]
_____ Signature du témoin	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date [aaaa-mm-jj]
_____ Signature de la personne qui a présenté le consentement	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date [aaaa-mm-jj]

Appendice J
Lettre d'attestation

Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)
Canada, J1K 2R1

Le 15 décembre 2017

LETTRE D'ATTESTATION AU PROJET DE RECHERCHE SUR L'EFFET
DU PROCESSUS DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE SUR
LA RÉOLUTION DES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES EN CLINIQUE DE
PÉDOPSYCHIATRIE

La Faculté des lettres et sciences humaines atteste que _____
a participé à une activité de perfectionnement professionnel. Cette activité de
perfectionnement de _____ heure(s) était proposée dans le cadre de la recherche sur
l'effet du processus de collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses
thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie de Lyne Bordeleau, candidate au doctorat
en psychologie.

_____ à eu l'occasion, à travers la démarche de
recherche, de visionner avec les membres de son équipe des extraits de réunion clinique,
de réfléchir au rationnel qui motive leurs actions et d'identifier des moyens pour
améliorer leur collaboration interprofessionnelle et favoriser la résolution des impasses
thérapeutiques. Il a contribué, par sa participation, à mieux comprendre comment des
professionnels qui travaillent dans une clinique de pédopsychiatrie peuvent, en
réfléchissant sur leur processus de collaboration interprofessionnelle, résoudre les
impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent dans leur pratique.

Lyne Bordeleau
Psychologue, doctorante en psychologie
Département de psychologie
Université de Sherbrooke

Jeannette Leblanc
Professeure associée
Département de psychologie
Université de Sherbrooke